USAID
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

Сектор здравоохранения и реформирование системы финансирования и управления ПМСП

2005 г.
Ташкент, Узбекистан

ЗдравПлюс/ZdravPlus

ENSURING ACCESS TO QUALITY HEALTH CARE IN CENTRAL ASIA

Данная публикация направляется для ознакомления в Агентство США по международному развитию. Публикация подготовлена для проекта ЗдравПлюс.

Сектор здравоохранения и реформирование системы финансирования и управления ПМСП

2005 г.
Ташкент, Узбекистан

Abt
Abt Associates Inc.

Мнения, высказанные в данной публикации, выражают точку зрения автора(ов) и не обязательно совпадают с точкой зрения Агентства США по международному развитию или Правительства США.

Содержание

Предисловие 4
I. Реформы системы здравоохранения 5
Введение 5
1.1 Особенности и тенденции развития систем здравоохранения 5
1.1.1 Особенности медицинских услуг и роль государства в развитии здравоохранения 5
1.1.2 Характеристика основных систем здравоохранения 8
1.1.3 Общемировые тенденции реформирования систем здравоохранения 13
1.2 Система здравоохранения в Узбекистане и стратегия ее реформирования 17
1.2.1 Организация здравоохранения в Узбекистане 17
1.2.2 Первичное звено здравоохранения в сельской местности 22
1.2.3 Государственная политика реформ в сфере здравоохранения в Узбекистане 24
1.3 Роль проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» в реформировании ПМСП в республике 27
1.3.1 Цель и задачи проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» («Здрав/Реформ») 27
1.3.2 Основное содержание компонента Финансирование и Управление ПМСП 31
1.3.3 Этапы реализации реформ финансирования и управления ПМСП в пилотных областях . 33
Практические задания 37
Тесты 39
Список рекомендуемых нормативных документов и литературы 41
Раздаточный материал для слушателей 42
II. Система финансирования и управления 48
Введение 48
2.1 Модели финансирования здравоохранения 48
2.1.1 Характеристика систем финансирования здравоохранения на национальном уровне 48
2.1.2 Оплата деятельности медицинского учреждения ПМСП и персонала 51
2.1.3 Существующая в Узбекистане система финансирования 55
2.2 Подушевая система финансирования первичного звена здравоохранения 58
2.2.1 Общая характеристика подушевой оплаты учреждений ПМСП 58
2.2.2 Методика расчета бюджета учреждений на основе подушевого финансирования 60
2.2.3 Расчет объема финансирования ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов 62
2.2.4 Расчет объема финансирования ПМСП районов с учетом половозрастных и прочих поправочных коэффициентов 67
2.3 Оплата труда персонала учреждения ПМСП 70
Практические задания 72
Тесты 73
Список рекомендуемых нормативных документов и литературы 75
Раздаточный материал для слушателей 76

Предисловие

Подобно другим странам бывшего Советского Союза, в настоящее время Центрально-Азиатские Республики, в том числе и Узбекистан осуществляют реструктуризацию старой системы здравоохранения в целях улучшения качества медицинских услуг и здоровья населения в целом. Всемирный опыт свидетельствует, что решающим условием достижения данных целей является улучшение как клинических, так и управленческих навыков руководителей здравоохранения и поставщиков медицинских услуг. Тот факт, что руководители здравоохранения будущего должны быть и социальными работниками, и проницательными предпринимателями, является практически неизбежным.

В целях реструктуризации и укрепления первичного звена здравоохранения (первичной медико-санитарной помощи - ПМСП), были осуществлены специальные клинические, финансовые и управленческие изменения, являющиеся частью реализуемой правительственной программы реформирования здравоохранения в рамках проекта «Здоровье», финансируемого за счет средств займа Всемирного Банка (1998-2004). Ключевые мероприятия в реформах финансирования и управления включают введение новой системы оплаты поставщиков медицинских услуг, основанной на подушевом финансировании, и расширение финансовой и управленческой автономии учреждений ПМСП. Центрально-Азиатский региональный проект «ЗдравПлюс», финансируемый ЮСАИД, оказывает всестороннее техническое содействие (ТС) в реализации проекта «Здоровье» в Узбекистане.

По всеобщему признанию, вышеприведенные подходы являются относительно новыми для партнеров на местах. Поэтому «ЗдравПлюс», как часть своего ТС в финансировании и управлении, организовал за последние пять лет серию обучающих программ по различным темам менеджмента в здравоохранении для тех, кто разрабатывает политику, для руководителей сектора и учреждений ПМСП.

Основная цель деятельности проекта «ЗдравПлюс» в области менеджмента в здравоохранении - расширение необходимых знаний и навыков руководителей здравоохранения на местах, а также тренеров/преподавателей медицинских и экономических институтов, сотрудничество с последними в деле дальнейшего укрепления местного потенциала, обеспечение гарантий по более тесному вовлечению местных тренеров в обучающие программы, проводимые «ЗдравПлюс» и, тем самым, поддержка институционализации соответствующих достижений в деле обучения.

Неудивительно, что одной из главных проблем была острая нехватка обучающих материалов и литературы, которые бы учитывали местные условия, как в плане технического содержания, соответствующего ситуации в секторе здравоохранения, так и в плане языка, на котором материал издается. «ЗдравПлюс» приложил всевозможные усилия для восполнения имеющихся пробелов и в рамках данной работы, взял на себя инициативу в опубликовании серии учебных материалов по менеджменту в здравоохранении. В частности в 2004 году опубликовал на узбекском, русском и английском языках учебное пособие по бухгалтерскому учету в бюджетных организациях, которое было подготовлено по запросу «ЗдравПлюс» профессором М.Остонакуловым (общий тираж 1500 экземпляров) и «Сборник вводных материалов для базового обучения менеджменту новых финансовых менеджеров и заведующих учреждениями ПМСП», подготовленный силами местных преподавателей (на узбекском и русском языках общим тиражом 550 экземпляров). Все эти издания были распространены, главным образом, среди медицинских и экономических учебных заведений республики. Кроме этого, опубликовано «Практическое пособие для руководителей учреждений ПМСП» (на узбекском, русском и английском языках общим тиражом 1600 экземпляров), которое распространено среди всех пилотных учреждений ПМСП, а также среди руководителей здравоохранения национального, областного и районного уровней.

Проект «ЗдравПлюс» инициировал процесс подготовки ряда других публикаций, посвященных наиболее актуальным темам Менеджмента в здравоохранении и интегрирующих традиционный материал с новыми современными теориями и практическими навыками. В начале 2005 года было начато издание учебных модулей, подготовленных преподавателями ведущих вузов республики, международными консультантами и специалистами «ЗдравПлюс» на базе тех учебных материалов, которые были разработаны ими в период проведения в рамках проекта «ЗдравПлюс» ряда семинаров по Менеджменту в здравоохранении для руководителей сектора и учреждений ПМСП (2000-2004г.г.). Это следующие модули - «Структура Общего Руководства и Организационного Управления в Учреждениях ПМСП и Управление Персоналом», «Анализ и Планирование деятельности учреждений ПМСП», а также представленный Вашему вниманию модуль «Сектор здравоохранения и реформирование системы финансирования и Управления» на узбекском и русском языках, подготовленный специалистами компонента по Финансированию и Управлению проекта «ЗдравПлюс» на основе отчетов, меморандумов, методических пособий и статистической информации проекта «ЗдравПлюс» (*ранее* - «ЗдравРеформ»), а также учебной и другой литературы по вопросам экономики, управления и финансирования здравоохранения. Общая редакция осуществлена Матлюбой Хакимовой.

Мы надеемся, что данная публикация будет полезна широкому кругу читателей: специалистам, студентам, преподавателям, а также исследователям и станет заметным шагом в сторону институционализации процесса обучения Менеджменту в Здравоохранении.

Субрата Раут,
Директор по Финансированию и Управлению,
проект «ЗдравПлюс» в Узбекистане Январь 2005г.

I. Реформы системы здравоохранения

Введение

Вам, как будущим руководителям учреждения здравоохранения, придется решать множество организационных, управленческих, финансовых и других вопросов, но все они в конечном счете сводятся к наиболее фундаментальной проблеме - *как сделать правильный выбор при ограниченных ресурсах*. Ограниченность означает, что нет и не может быть достаточного количества ресурсов (денежных, материальных, людских) для удовлетворения всех потребностей и желаний людей, в том числе и тех, которые касаются их болезней и здоровья. Поэтому постоянно возникает необходимость выбора между различными вариантами использования средств или другими словами, необходимость определения приоритетов в направлениях их использования. Подобная проблема стоит перед руководителями и менеджерами предприятий и учреждений, отделов и управлений, министерств и ведомств любой отрасли экономики, эта же проблема решается и на общенациональном уровне. Но в *каждой отрасли она решается по-своему* в зависимости от специфики производимого товара или предоставляемых услуг, от технологических и организационных особенностей этой отрасли. Поэтому помимо общих знаний по многим областям экономической науки, Вам следовало бы знать каковы же *особенности деятельности по оказанию медицинских услуг и чем же она отличается от производства других благ, как эти особенности влияют на процесс управления и финансирования Вашего учреждения.* Вы работаете в сложное и интересное время, когда система здравоохранения претерпевает кардинальные изменения и Вы сами являетесь непосредственным участником этих изменений. В связи с этим Вам предлагается материал с изложением того, *для чего нужны реформы в здравоохранении, в каком направлении они осуществляются в других странах и в нашей стране, какие задачи решают, каковы цели и содержание эксперимента в Ферганской области и как этот эксперимент связан с общей стратегией реформирования здравоохранения в Узбекистане.*

Представленный учебный материал поможет Вам разобраться в этих вопросах и лучше понять ту общую законодательно-правовую и экономическую среду, в которой Ваше учреждение должно качественно и с наименьшими затратами выполнять возложенные на него функции.

1.1 Особенности и тенденции развития систем здравоохранения

1.1.1 Особенности медицинских услуг и роль государства в развитии здравоохранения

Когда речь идет о производстве какого-либо товара или услуги (например, обуви, легковых автомашин, телевизоров, услуг парикмахерских или адвокатов), то наиболее эффективным механизмом, при помощи которого руководитель предприятия может сделать правильный выбор и определить как при наименьших затратах получить наилучший результат, является рынок. Готовя свою продукцию или услугу для реализации на рынке, где представлено множество свободных производителей и потребителей, он стремится как можно экономнее использовать ресурсы с тем, чтобы получить как можно больше прибыли. Рынок диктует производителю как ему совершенствовать технологический процесс, чтобы сэкономить материальные ресурсы, как улучшить управление персоналом, чтобы эффективнее использовать кадры, а также как лучше использовать деньги.

Совсем другое дело в здравоохранении: существуют некоторые особенности медицинских услуг, из-за которых их нельзя продавать и покупать на свободном рынке как любой другой товар.

Первая особенность заключается в том, что значительная часть медицинских услуг является общественными благами, то есть такими, которые нельзя разделить и предоставить только тому, кто может за это заплатить, например, обеспечение чистой водой, борьба с переносчиками возбудителей инфекции, борьба с загрязнением воды и атмосферы, медицинское просвещение населения, санитария. К тому же многие медицинские услуги обладают свойством "внешнего эффекта" - это означает, что при получении медицинской услуги одними лицами, уменьшается риск заболевания у других, например, при лечении инфекционных заболеваний. Во всех странах медицинские услуги с характеристиками "общественных благ" предоставляются *сектором общественного здравоохранения.* К ним относятся услуги, направленные на снижение риска заболеваний, пропаганда и содействие поддержанию здорового образа жизни и здоровой окружающей среды. К числу функций этого сектора относят: (1) контроль за эпидемиологической ситуацией и борьба с инфекционными заболеваниями; (2) санитарные аспекты окружающей среды; (3) охрана здоровья матери и ребенка; (4) санитарно-просветительная работа; (5) сбор информации и оценка потребностей в профилактической и лечебной помощи. *Учитывая общественную значимость этих видов медицинских услуг, государство берет на себя финансирование и осуществление прямого контроля над общественным здравоохранением*.

Вместе с тем, многие виды медицинских услуг имеют свойства частных благ, то есть они могут потребляться только теми лицами, которые заплатили за эти услуги и при этом не оказывать воздействия на других (не иметь внешнего эффекта). К ним относятся большинство видов лечения, осуществляемого в рамках клинического обслуживания, которое в отличие от общественного здравоохранения направлено не на предупреждение болезни и поддержание здоровья, а на излечение болезни, например, стоматологические, офтальмологические

Такие медицинские услуги могут продаваться и покупаться на рынке как любой другой товар, однако и в этом случае имеются ряд оснований, требующих государственного вмешательства. Эти основания связаны с другими особенностями медицинских услуг, о которых речь идет ниже.

Вторая особенность медицинских услуг состоит в том, что потребность в них, а также последствия их оказания связаны с неопределенностью. Человек никогда заранее не знает, когда и чем он заболеет - болезнь или несчастный случай, приведший к потере здоровья, возникает внезапно. Поэтому большинство людей нуждается в гарантии того, что в случае неожиданной болезни или несчастного случая, связанного с травмой и острой болью, они смогут получить медицинскую помощь.

Такую гарантию в состоянии дать только государство: оно может обеспечить набор обязательных медицинских услуг, включая неотложную помощь, через государственный бюджет и|или обязательное медицинское страхование. Наличие таких гарантий со стороны государства особенно важно для тех лиц, чьи доходы не настолько высоки, чтобы выделить из своего семейного бюджета значительные суммы на непредвиденные расходы, связанные с восстановлением здоровья, а иногда и с сохранением жизни. Защита социально уязвимых слоев населения является важнейшей заботой государства и в сфере здравоохранения она проявляется в виде минимального набора медицинских услуг, бесплатно предоставляемого государством каждому гражданину независимо от его денежных доходов, а также в виде различных целевых льгот, предоставляемых инвалидам, круглым сиротам, ветеранам войны и др.

Третья особенность - это информационная асимметрия: потребитель медицинских услуг (пациент) часто не владеет ни информацией, ни знаниями для того, чтобы понять какие у него

проблемы со здоровьем и что нужно делать для их решения. О его болезни и способах лечения знает только врач. Следовательно, существует дисбаланс между информированностью врача и пациента, то есть информационная асимметрия. В отличие от обычных рынков, где потребитель сам определяет объем и качество необходимых ему благ, в здравоохранении это делает производитель благ - врач. В результате появляется возможность конфликта между медицинскими и экономическими интересами врачей. В целях своей личной выгоды они могут преувеличивать объем необходимых процедур, исключить их более дешевые виды.

Примеры воздействия информационной асимметрии на поведение врачей

Информационная асимметрия производителя и потребителя медицинских услуг деформирует обычное взаимодействие спроса и предложения. Международные сравнения свидетельствуют о том, что в странах, где амбулаторная помощь оплачивается за каждую отдельную услугу (гонорарный принцип), объем этих услуг заметно выше, чем в странах, использующих подушевой норматив финансирования для амбулаторного звена и оплату согласованного объема стационарной помощи.

В США, где особенно широко развита оплата за отдельную услугу, врачи значительно чаще, чем в других странах, прибегают к хирургическим операциям, назначают дорогостоящие исследования и прочее. Например, удаление желчного пузыря здесь проводят в три раза чаще, чем в Англии (в расчете на 100 тыс. населения), удаление щитовидной железы - в 1,5-2,5 раза. Американцы шутят, что хирург назначает операцию, когда его жене требуется новое меховое манто.

Эта проблема актуальна и для российского здравоохранения, хотя и в значительно меньшей мере, учитывая крайне низкий уровень финансирования. Например, после перехода в Москве на оплату амбулаторно-поликлинических услуг по гонорарному методу (за каждую детальную услугу) врачи поликлиник вместо 30 традиционных фиброгастроскопий в неделю делают 50; увеличивается число посещений врачей, неоправданно высок уровень госпитализации.

Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. Российско-американский Проект "Реформа здравоохранения Российской Федерации" М. 1998, с. 26.

Информационная асимметрия ставит в более выгодное положение производителей медицинских услуг и предоставляет им значительную власть. Поэтому государство с целью защиты пациента вводит лицензирование, регулирование деятельности врачей и медицинских учреждений, устанавливает минимальный уровень качества оказываемых услуг и стимулирует их производителей действовать в интересах пациентов, вместо того, чтобы использовать свое информационное преимущество в собственных экономических интересах.

Таким образом, *существует целый ряд обстоятельств, связанных с особенностями медицинских услуг, которые требуют участия государства в управлении, организации и финансировании здравоохранения, независимо от того, насколько сильно развиты в данной стране рыночные отношения.* Поэтому, по мнению многих международных экспертов, государство должно взять на себя следующие обязательства:

- обеспечить жизнеспособность системы налогообложения и учета расходов;
- создать законы и нормативные акты, в соответствии с которыми должны работать все медицинские учреждения, независимо от форм собственности;
- нести ответственность за финансирование и предоставление основных медицинских услуг населению, включенных в гарантируемый государством базовый пакет;
- вводить стандарты качества предоставляемых услуг и следить за их соблюдением;
- финансировать и|или предоставлять услуги напрямую неимущим и наиболее язвимым слоям населения.

1.1.2 Характеристика основных систем здравоохранения

Однако, признание того, что государство обязано вмешиваться в систему здравоохранения отнюдь не означает, что оно должно быть монополистом в этой области, то есть быть единственным, кто и финансирует, и производит медицинские услуги. Такая *система здравоохранения, основанная на монополии государства,* существовала в бывшем СССР - все медицинские учреждения были государственными, они финансировались из государственных источников (госбюджета, бюджета госпредприятий и государственных внебюджетных фондов) и управлялись государственными органами. Основными положительными характеристиками этой системы являлось то, что:

- услуги были доступны всему населению;
- все необходимые услуги для лечения граждан государство предоставляло бесплатно;
- система предоставления услуг являлась хорошо взаимосвязанной иерархической структурой фельдшерских и врачебных пунктов, поликлиник и больниц, а также учреждений местного областного и республиканского уровня.

Вместе с тем, даже в относительно благополучные периоды своего развития, эта система сталкивалась с рядом проблем, которые она не могла решить.

Во-первых, опережающий рост ресурсозатратности относительно эффективности - средства, в основном, вкладывались в расширение больничной сети и увеличение коечного фонда, то есть в менее эффективное как с медицинской, так и экономической точки зрения направление. В Узбекистане к 1991г. больничное звено получало около 80%, выделяемых здравоохранению, тогда как амбулаторно-поликлиническое звено - лишь 11%. В погоне за количеством коек резко снижалось качество: на 1 койку вместо положенных по нормативам 7 кв.м. приходилось 2-3 кв.м.

Во-вторых, отсутствие конкуренции и права выбора у пациента, поскольку население в административном порядке прикреплялось к медицинскому учреждению по месту жительства и было вынуждено пользоваться его услугами даже в том случае, если было недовольно качеством обслуживания.

В-третьих, существовала дифференциация в доступности медицинских услуг между отдельными социальными группами населения, особенно между городским и сельским населением, между работниками крупных предприятий и ведомств, имеющих собственную развитую сеть медицинских учреждений и остальным населением.

В-четвертых, наличие “черного рынка” услуг: по оценке зарубежных экспертов его объем составлял около 10-15% общих расходов на здравоохранение.

В-пятых, направленность на формирование у населения пассивного отношения к своему здоровью, поскольку развитая сеть социальной защиты обеспечивала человеку устойчивый источник доходов в случае потери трудоспособности.

Основные причины, приведшие к упадку бывшей советской системы здравоохранения связаны с глубинными недостатками всей социально-экономической модели, в рамках которой она создавалась и функционировала. К числу этих недостатков прежде всего относятся низкая эффективность и невосприимчивость к научно-техническому прогрессу. Без внедрения новых методов диагностики и лечения, без создания более совершенных методов борьбы с новыми болезнями невозможно было успешно развивать отрасль. Но в то же время, все меры, связанные с внедрением достижений науки требовали огромных средств, которые не могла дать неэффективная, загнивающая экономика. Поэтому с распадом всей бывшей советской модели экономики и с началом рыночных преобразований на всем постсоветском пространстве, в странах Содружества Независимых Государств приступили к реформированию

своих систем здравоохранения. При этом каждая из этих стран, на основе критического анализа пройденного пути и изучения опыта других стран, ищет свой вариант реформ.

Существующие в настоящее время в различных странах системы здравоохранения имеют сложные смешанные системы финансирования и предоставления медицинской помощи. Например, финансирование может быть государственным, а производители медицинских услуг - частные учреждения (в Великобритании, Германии) или же финансирование - частное и производители тоже частные (например, в США).

Практически во всех странах мира существует рынок частных медицинских услуг, но его границы везде разные. Вопрос о том, какие медицинские услуги следует отнести к общественным, а какие к частным является наиболее сложным вопросом, имеющим не только социально-экономические, но и политические аспекты. Поэтому в каждой стране он решается по-своему в зависимости от конкретных условий - избранной экономической и социальной политики, особенностей распределительных отношений, финансового состояния государства, исторических традиций и т.д.

Если в качестве критериев классификации систем здравоохранения использовать принципиальные аспекты организации, финансирования, управления, нормативно-правового регулирования, то условно можно выделить их *три типа:*

1- преимущественно централизованные;

2- децентрализованные;

3- смешанные системы здравоохранения .

Первый тип наиболее наглядно представлен в Великобритании - здесь существует *жестко централизованная национальная (государственная) система здравоохранения*. Она управляется Министерством, которому напрямую подчинены региональные управления здравоохранения (РУЗ), которым в свою очередь подчиняются местные управления здравоохранения (МУЗ) и управлений семейного здоровья (УСЗ). Ни одно из них не подчинено местным органам власти.

Звено первичной медицинской помощи представлено общими врачебными практиками (ОВП) - групповыми или индивидуальными, являющимися независимыми некоммерческими структурами. В большинстве случаев врач (или группа врачей) владеет своей практикой (помещением, оборудованием) на правах собственности, он же нанимает и остальной персонал.

Специализированная медицинская помощь оказывается в трастах*[1] и госпиталях. Трасты организационно независимы от местных органов управления здравоохранением и напрямую подчинены Минздраву, который назначает руководство. В то же время трасты поставлены в жесткую финансовую зависимость от МУЗ, покупающих большую часть их услуг. Таким образом, здесь четко прослеживается политика организационного разделения покупателей и производителей медицинских услуг. Несмотря на определенную самостоятельность, оплата труда врачебного персонала трастов жестко определена государством.

Для здравоохранения Великобритании характерны малое количество больничных коек, низкий уровень госпитализации населения (например, в Вестмидленде за 1994г. он составил около 120 госпитализаций на 1000 жителей), а также короткие средние сроки пребывания больных в стационаре - 4-5 дней. Важно также то, что значительное число плановых операций - до 50% делается в однодневных стационарах. Однако следует отметить, что в этой стране очереди на плановую госпитализацию достигают 9 месяцев.

---

[1] * Больницы в Великобритании остались в собственности государства, но приобрели статус больничных трастов - самоуправляемых организаций, наделенных значительно большими правами, чем напрямую управляемые райздравами больницы. (Шейман И. Реформа управления и финансирования здравоохранения. -М: Издатцентр. 1998. -С.74)

Многие специалисты отмечают, что опыт Великобритании очень ценен для нас из-за схожести наших систем здравоохранения: там также как и у нас основным источником финансирования является государственный бюджет - из него поступает 84% всех ресурсов здравоохранения (остальные 12% - социальное страхование и 4% платит население), Министерство определяет и жестко регулирует ход реформ, доводит до районов контрольные показатели эффективности использования ресурсов и контрольные показатели здоровья, за которыми следят службы здравоохранения, назначает и увольняет руководителей региональных органов управления. Но вместе с тем, в наших системах имеются существенные различия. Во-первых, в Великобритании производителями первичных медицинских услуг являются в основном частнопрактикующие врачи общей практики, действующие по договорам с национальной системой здравоохранения. Что касается больниц, то они являются собственностью государства, но со статусом больничных трастов, то есть самоуправляемых организаций. Во-вторых, в результате реформ 1991 года в стране сформирован "внутренний рынок" медицинских услуг - финансирование медицинской помощи отделено от ее оказания: покупатель медицинских услуг - управление здравоохранения, а поставщик - лечебное учреждение, их взаимоотношения регулируются договором. При этом договорные отношения строятся на потребительском выборе населения - оно может выбирать производителя медицинских услуг среди лечебно-профилактических учреждений, участвующих в реализации программ государственных гарантий. Финансируются прежде всего те учреждения, которые пользуются спросом у населения.

К странам, имеющим *явно выраженные децентрализованные системы здравоохранения относят Германию и США*. Германия имеет самую длительную историю развития медицинского страхования. Фонды медицинского страхования формируются из трех источников: государственного бюджета, взносов работодателей и работников. Величина страховых взносов составляет 13% от фонда оплаты труда, из которых 6,5% платит работодатель и 6,5% - работник. В организации обязательного медицинского страхования большая роль отводится больничным страховым кассам и ассоциации врачей больничных касс. Больничные кассы являются основными финансово-страховыми организациями, формирующими страховые фонды, оплачивающими медицинские услуги и осуществляющими контроль за качеством медицинских услуг. В настоящее время в Германии насчитывается более 1200 больничных касс различных типов, сформированных по производственно-профессиональному, территориальному или иному принципу. Деятельность больничных касс контролируется на уровне земель и федеральном уровне. Интересы врачей защищает ассоциация врачей больничных касс, которая является общественной организацией.

Охват медицинским страхованием составляет более 90% населения страны. Все граждане, имеющие доход ниже 6 тыс.марок, являются членами больничных касс. Каждая больничная касса имеет строго определенный, стандартный, максимально полный и одобренный на федеральном уровне пакет страховых пособий по болезни. Лица, имеющие доход свыше 6тыс.марок, могут воспользоваться по своему выбору услугами одной из почти 50 частных коммерческих компаний.

Германская система здравоохранения является самоуправляемой системой медицинского страхования и предоставления медицинских услуг: существует тесное сотрудничество между производителями медицинских услуг и плательщиками при минимальном прямом вмешательстве федеральных властей в процесс возмещения расходов за медицинские услуги.

К странам с типично децентрализованной системой здравоохранения относится США. Ее система представлена разнообразными программами, а также федеральными и местными фондами, частными страховыми компаниями и индивидуальными спонсорами, но их усилия плохо скоординированы. Поэтому несмотря на высокие затраты (расходы на здравоохранение

в расчете на одного жителя в США почти в два раза выше, чем в других развитых странах), 17% населения не имеют защиты в случае болезни.

В стране действуют следующие основные программы: (1) для среднего класса, осуществляемая частными страховыми компаниями - для многих американцев страхование здоровья является частным делом каждого, поэтому около 85% населения покупает полисы частного медицинского страхования, расходуя на это более 10% дохода семьи; (2) для престарелых - это государственная программа медицинского страхования "Медикэр", охватывающая пожилых людей старше 65 лет, в том числе из среднего класса; (3) для бедных - вторая крупная государственная программа, называемая "Медикейд" и обеспечивающая доступ к медицинской помощи лицам, имеющим доход ниже установленной черты бедности; (4) для военнослужащих; (5) для находящихся в отставке военных.

Смешанная система здравоохранения, основанная на элементах централизации и децентрализации, представлена в Японии. В этой стране показатели здоровья населения являются одними из самых благоприятных в мире: продолжительность жизни мужчин в начале 90-х годов составляла 76,1 и женщин 82,1 лет, неонатальная смертность одна их самых низких в мире - 2,4 на 1000 новорожденных. Расходы на здравоохранение меньше, чем в других экономически развитых странах - около 7% валового национального продукта, но тем не менее практически все население страны, независимо от уровня денежных доходов, имеет доступ к медицинскому обслуживанию.

Система здравоохранения Японии управляется Министерством здравоохранения и социального обеспечения (народного благосостояния), которое несет ответственность за медицинские, санитарно-эпидемические аспекты здравоохранения, руководит соответствующими местными органами, а также осуществляет социальное страхование. Япония относится к странам с развитой системой медицинского страхования, которая в настоящее время носит практически всеобщий характер и предоставляет населению:

- компенсацию большей части расходов на медицинскую помощь;
- выплату компенсаций при рождении ребенка;
- выплату пособий по болезни и травме;
- выплату пособий на воспитание ребенка;
- выплату пособий на похороны членов семьи.

Медицинское страхование в Японии построено по территориально-производственному принципу. При этом пациент свободен в выборе врача, а врач - в выборе методов лечения. Каждый гражданин должен быть застрахован в одной из схем. Каждая схема предлагает примерно одинаковый набор услуг, включая медикаментозное обеспечение, помощь при хронических заболеваниях, стоматологическую помощь, профилактические мероприятия. Вся медицинская помощь оплачивается по единому прейскуранту, независимо от того, в каком учреждении пациент получил помощь - в сельской амбулатории или в университетской клинике. Страховщикам и медицинским учреждениям запрещено вести переговоры по установлению индивидуальных цен. Государство устанавливает также предельные цены на 14 тыс. лекарств различных производителей, разрешенных к применению в системе медицинского страхования.

Всю систему медицинского страхования можно разбить на две группы - национальное страхование и профессиональное.

Система национального страхования проводится местными органами власти (поселковыми, деревенскими, частично городскими) и охватывает в основном крестьян, граждан, занятых индивидуальным трудом (ремесленники, парикмахеры и т.д.). Так как среди застрахованных преобладают лица, имеющие небольшой доход, а также много пожилых людей, то государство за счет бюджета дотирует 50% необходимых расходов.

Система профессионального страхования делится на системы страхования мелких предпринимателей, имеющих достаточно высокие доходы (адвокаты, врачи и т.д.) и страхование лиц, работающих по найму.

Кроме того, существует система страхования престарелых (лиц, старше 70 лет), финансируемая из специального фонда. Этот фонд формируется за счет национального правительства (20%), местных правительств (10%) и взносов всех страховых организаций страны.

Медицинские учреждения подразделяются на два вида: поликлиники и стационары. При этом под поликлиникой понимается медицинское учреждение, которое может оказывать не только амбулаторную, но и стационарную помощь (с числом коек меньше 20). В свою очередь, стационары обладают собственными поликлиниками, то есть различия между поликлиниками и стационарами во многом формальны. Все учреждения преимущественно частные, но имеют статус аналогично статусу некоммерческих организаций, то есть прибыль от их деятельности распространяется только на развитие самого учреждения.

Таким образом, в Японии существует сложная система здравоохранения, в которой государство централизованно осуществляет функции нормативно-правового регулирования и контроль за уровнем цен, субсидирует медицинскую помощь работникам небольших фирм и лицам, занимающимся индивидуальным бизнесом, а также участвует в оплате помощи престарелым. Вместе с тем, страховым обществам, особенно частным, и производителям медицинских услуг, предоставлена широкая свобода в их деятельности, основанной на конкуренции.

Анализ централизованных, децентрализованных и смешанных систем позволяет сделать некоторые обобщенные выводы. *Централизованные системы* обладают рядом достоинств: для них характерны невысокие затраты на содержание управленческих структур, возможность централизации средств на те или иные цели здравоохранения и относительная простота управления на основе единого законодательства. Но жестко централизованные системы не способны учитывать специфические особенности образа жизни и потребностей в медицинской помощи разных контингентов людей. Они недостаточно гибки, когда нужно принять решения об изменении системы организации медицинской помощи, ее финансировании, улучшении использования ресурсов отрасли.

Децентрализованные системы более гибки, когда речь идет об удовлетворении спроса потребителей с учетом социально-экономических, медико-демографических и других особенностей и они предоставляют больше самостоятельности производителям медицинских услуг. Но вместе с тем, в этих системах затраты на содержание управленческих структур в целом значительно выше, чем в странах с централизованными системами здравоохранения, процесс управления из-за отсутствия единого законодательства, затруднен, ресурсы отрасли используются неэффективно.

Сделанное сравнение свидетельствует о том, что необходимо разумное сочетание централизации и децентрализации в организации, финансировании и управлении здравоохранением. Степень разумности этого сочетания должна определяться в каждой конкретной стране с учетом специфики общественного устройства, ее экономических, социальных, демографических и других особенностей. Различные модели и схемы управления, организации и финансирования не могут быть хорошими или плохими сами по себе; они могут стать такими в зависимости от того, насколько уместно и успешно каждая страна приспосабливает их к своим условиям.

Для Узбекистана этот вопрос имеет важное значение, в республике идет процесс децентрализации жестко централизованной государственной системы здравоохранения, доставшейся в наследство от бывшего СССР. Установление оптимальных границ этого процесса требует с одной стороны, учета мирового опыта, а с другой - реальной оценки

сложившейся ситуации и перспектив ее изменения в соответствии с задачами формирования новой социально-экономической системы в стране.

1.1.3 Общемировые тенденции реформирования систем здравоохранения

Для потребителей медицинских услуг не столь важно какой принцип преобладает в системе здравоохранения - принцип централизации или децентрализации, каким способом она финансируется - посредством общего налогообложения (из госбюджета) или социальных отчислений (из фондов медицинского страхования). Важно то, чтобы эта система обеспечивала:

- удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи;
- доступность медицинской помощи;
- качество медицинской помощи;
- преемственность в оказании медицинской помощи;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения;
- современный уровень оказания помощи в рамках программ государственных гарантий.

Нет ни одной страны, которая была бы полностью удовлетворена собственным здравоохранением. Как показывают исследования, даже в развитых странах мира от 30% до 50% опрошенных лиц высказались в поддержку коренных изменений в собственной системе здравоохранения. В Италии и США, где расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в 1990г. составляли 1236 и 2566 долл. США соответственно, многие опрошенные лица высказали мнение о том, что следует полностью перестроить систему здравоохранения.[1]

Мир изменился - основные тенденции:

1. Мировой рынок: международная конкуренция товаров и услуг
2. Падение централизованных иерархий: спад больших, командных и контрольных структур
3. Рост национализма|федерализма|локализма: люди хотят большего контроля за средой обитания
4. *Движение в сторону от государственных финансовых систем здравоохранения: приватизация и менеджмент*
5. Уменьшение компаний: бизнес принимает более мелкий и продуктивный вид
6. Улучшение качества при сокращении расходов
7. Развитие информационных систем
8. Появление новых рынков

Многие страны осуществляют или собираются осуществлять реформирование своих систем для того чтобы:

- повысить ее эффективность;
- определить дополнительные источники финансирования;
- обеспечить гарантии получения качественной медицинской помощи достаточного объема на основе рационального использования ресурсов отрасли;
- решить задачи, связанные с определением прав и обязанностей пациента и врача;
- решить проблемы, связанные со старением населения, изменением структуры заболеваемости, появлением новых медицинских технологий, ростом расходов на здравоохранение и др.

[1] Отчет о мировом развитии - 1993. Всемирный Банк, Вашингтон, 1994, с.75.

Характер, конкретная направленность и методы решения этих задач в значительной степени зависят от того, в какой стране они решаются - в экономически развитой, в развивающейся или в стране с переходной экономикой.

Это объясняется тем, что *уровень развития и особенности систем здравоохранения находятся в прямой зависимости от уровня экономического развития страны - чем богаче страна и чем больше средств она выделяет на медицинскую помощь своему населению, тем выше объем и качество этой помощи.*

Экономически развитые страны, выделяя на нужды здравоохранения в среднем 7-8% своего валового национального продукта, имеют хорошо развитую сеть медицинских учреждений, оснащенных новейшим медицинским оборудованием, сильную научную базу и достаточное количество высококвалифицированных специалистов.

Поэтому для этих стран наиболее актуальной проблемой является проблема сдерживания дальнейшего роста расходов на здравоохранение, обеспечение рационального использования имеющихся ресурсов и одинакового качества медицинских услуг для всех.

В развивающихся странах, имеющих слабо развитую инфраструктуру здравоохранения и испытывающих недостаток в медицинских кадрах, а также в материальных и денежных ресурсах приоритеты несколько иные - это расширение доступа к медицинским услугам и повышение их качества через укрепление материально-технической базы отрасли и подготовку специалистов.

Страны с переходной экономикой, в частности страны СНГ, имеют обширную и громоздкую инфраструктуру здравоохранения (персонал, сооружения), которая не приспособлена к сокращающемуся объему финансирования и вследствие этого, постепенно приходит в упадок. Результаты работы все еще высоки по сравнению со странами, имеющими доход чуть ниже среднего, но показатели здоровья населения ухудшаются.

Поэтому реформы в этих странах предусматривают прежде всего адаптацию системы здравоохранения в новым формирующимся рыночным отношениям, перераспределение ответственности за финансирование медицинской помощи между государством, работодателями, работниками и остальным населением, сохранение того положительного, что существовало в старой системе здравоохранения.

Уровень экономического развития страны определяет не только предложение медицинских услуг (т.е. сколько, каких и какого качества медицинских услуг может представить система здравоохранения), но также объем и структуру спроса на медицинские услуги.

Общеизвестно, что здоровье населения зависит от целого ряда факторов: условий и образа жизни (питание, благоустроенность быта, привычки и др.), состояния окружающей среды (чистота воздуха, воды и др.), биологических характеристик человека, полученных им по наследству (генетика), и затем уже - системы здравоохранения.

Оценка влияния отдельных факторов на здоровье населения

Условия и образ жизни	48-50%
Окружающая среда	20-22%
Биология (генетика) человека	18-20%
Здравоохранение	8-14%

Поэтому характер и масштабы заболеваний, то есть спрос на медицинские услуги, различны в богатых и бедных странах. Если для населения экономически развитых стран характерны болезни, вызванные напряженным ритмом жизни в условиях научно-технического прогресса (сердечно-сосудистые, психические, онкологические и др.), то для развивающихся стран - связанные с плохим питанием, плохим водоснабжением и некачественной водой, неудовлетворительными условиями быта в целом (кишечно-желудочные, туберкулез, различные инфекционные заболевания).

Таблица 1

Мировое распределение заболеваемости,1990г., в %

Виды заболеваний	**Промышленно-развитые страны**	**Развивающиеся страны**
Соматические болезни	81	38
Инфекционные болезни	7	47
Травмы	12	15
Всего	100	100

Источник: ВОЗ, 1996г.

Существует устойчивая связь между уровнем личного дохода и потребностью в медицинской помощи: лица с низкими доходами имеют худшие условия жизни и труда, соответственно показатели их здоровья ниже, чем обеспеченных слоев населения.

Спецификой стран с переходной экономикой является то, что в них наблюдаются болезни свойственные как экономически развитым, так и развивающимся странам. Это обстоятельство расширяет круг задач, стоящих перед реформированием системы здравоохранения в этих странах.

Несмотря на разнообразие подходов к реформам и способам их осуществления в различных странах, можно выделить несколько общих задач, решение которых признается приоритетным как в развитых и развивающихся странах, так и в странах с переходной экономикой.

В конечном счете все предпринимаемые усилия направлены на достижение трех основных переменных, характеризующих здравоохранение:

1. *стоимость здравоохранения;*
2. *качество медицинской помощи;*
3. *равный доступ для населения.*

Вместе с тем, их одновременная оптимизация является трудноразрешимой задачей - повышение качества медицинской помощи и расширение доступа к ним для населения практически всегда и везде связано с ростом расходов на здравоохранение.

Поэтому в большинстве случаев, при обсуждении стратегии развития отрасли основное внимание уделяется трудностям нахождения дополнительных источников финансирования. Здесь следует отметить, что по оценкам экспертов Международной организации труда (МОТ) *здоровье нации не находится в прямой жесткой зависимости от величины расходов на здравоохранение, существует некоторый объективный уровень, при превышении которого дальнейшие расходы признаются нецелесообразными.*

И хотя у каждого государства этот уровень индивидуален, общепризнано, что для успешного исполнения главной функции, затраты на здравоохранение должны составлять порядка 6-10% от валового национального продукта (ВНП).

Одной из задач любого из правительств является обеспечение тем или иным способом определенной доли в ВНП, расходуемой на здравоохранение.

Таблица 2

Ранговые места разных стран по отдельным показателям

	Канада	Франция	Германия	Греция	Италия	Япония	Голландия	Испания	Швеция	Швейцария	Великобритания	США
% расходов на здравоохран.	2	3-4	7	14	9	13	8	12	10	5	11	1
Расходы на душу насел-я	3	5	4	14	6	9	8	13	11	2	12	1
Обеспечен-ть койками	9	7	5	11	8	1	3	13	2	-	10	12
Уровень госпитализации	8	1	4	10	7	13	11	12	5	-	6	9
Средние сроки в стационаре	7	9	5	12	11	1	2	10	4	-	6	13
Обеспеченность врачами	9-11	6	3	2	12	13	7-8	1	5	4	14	9-11
Число посещений на 1 жителя	6	5	2	12	3	1	11	7	14	8	9	10
Младенческая смертность	7	10	6	13	12	1	5	9	3	4	11	14
Ср. продолжитель. жизни мужчин	7	11	12	6	8	1	4-5	9	2	4-5	10	13
Ср. продолжитель. жизни женщин	6-7	2	11-12	10	8	1	9	4-5	4-5	3	14	13

Не менее важными условиями успешной работы, чем уровень финансирования, является эффективная ее организация, определение наиболее приемлемых в данной стране и в данное время методов управления и финансирования. Системы здравоохранения Японии и Швеции, признанные лучшими в мире, имеют более скромные показатели обеспеченности ресурсами относительно других развитых стран.

Страна, которая занимает первое место по расходам на здравоохранение (США), имеет более низкие результативные показатели - уровень младенческой смертности, среднюю продолжительность жизни мужчин и женщин.

Именно методы организации и управления, а также способы финансирования определяют качество медицинских услуг. В здравоохранении качество работы в большей степени зависит от способностей и профессионального уровня персонала, а также от того насколько работники материально и морально заинтересованы в улучшении обслуживания. Поэтому наряду с обеспечением приемлемого уровня материально-технической оснащенности учреждений, создание мощных стимулов к труду является одной из самых важных задач реформ в отрасли.

Важнейшим достижением системы здравоохранения признается равная доступность медицинской помощи всему населению, но существуют два основных ограничения, затрудняющие полное обеспечение этого условия: финансовое и географическое.

В большинстве стран мира государство гарантирует базовый пакет медицинских услуг всем своим гражданам, независимо от уровня доходов, разрабатывает целевые государственные программы. Набор медицинских услуг, входящих в базовый пакет зависит от

масштабов и распространенности проблем со здоровьем у населения, а также от экономических возможностей государства.

Определение базисного пакета

Проблемы со здоровьем, имеющиеся у пациента, часто требуют нескольких взаимосвязанных медицинских вмешательств. Ребенка, страдающего лихорадкой и диареей, возможно придется лечить и от острых респираторных, и от желудочно-кишечных инфекций. Именно поэтому имеет смысл сгруппировать определенные медицинские вмешательства в ходе анализа расходов на них и их экономического эффекта. В базисный пакет клинических услуг любой страны должны, по-видимому, быть включены пять таких групп, или связок, а именно: медицинское обслуживание в предродовой период и родовспоможение; услуги в области планирования семьи; лечение и уход за больным ребенком; лечение туберкулеза и конкретных случаев заболевания болезнями, передаваемыми половым путем (БППП).

Отчет о мировом развитии - 1993. Инвестиции в здравоохранение. Всемирный Банк. Вашингтон. - С.119.

При наличии финансовых ресурсов рамки минимального набора медицинских услуг могут быть расширены за счет включения в него дополнительных мероприятий: лечение диабета, лечение психических расстройств, выявление и лечение рака у женщин, мероприятия по сокращению опасности развития сердечно-сосудистых заболеваний и др. Или же наоборот, при дефиците ресурсов перечень медицинских услуг, входящих в базовый пакет, может быть сокращен до приемлемого в данной стране уровня. Но в любом случае, этот набор должен обеспечивать эффективность оказания услуг и экономическую эффективность затраченных на них средств.

1.2 Система здравоохранения в Узбекистане и стратегия ее реформирования

1.2.1 Организация здравоохранения в Узбекистане

Существующая в настоящее время в Узбекистане система управления и организации медицинской помощи формировалась с учетом тех изменений, которые происходили в отрасли за последнее десятилетие.

Высшим органом руководства отрасли является Министерство здравоохранения республики, которое определяет политику в области охраны здоровья населения, разрабатывает государственные программы и осуществляет контроль за их исполнением, издает нормативно-правовые документы, регулирующие деятельность медицинских учреждений и работников, разрабатывает пакет базисных медицинских услуг, контролирует качество медицинского обслуживания населения, осуществляет прямое руководство деятельностью медицинских учреждений республиканского значения и др.

В областях и городах ответственность за охрану здоровья населения несут управления здравоохранения, которые имеют двойное подчинение - с одной стороны они подчиняются хокимиятам, так как являются их подразделением, а с другой - Министерству здравоохранения.

На уровне районов руководство отраслью осуществляет центральная районная больница (ЦРБ), которая находится в подчинении районного хокимията и областного управления здравоохранения, одновременно выполняя 2 функции - управления и оказания медицинской помощи, то есть она и производит медицинские услуги, и осуществляет контроль за качеством работы. Постановление Кабинета Министров от 14 января 1999г. № 18 «О совершенствовании управления в системе здравоохранения» утвердило схему организации отрасли, которая учитывает изменения, происшедшие в структуре органов управления и в составе медицинских учреждений, а также во взаимоотношениях между ними. (*Схема 1*).

Схема 1

Организационная структура системы здравоохранения Республики Узбекистан

* В пустынных, горных, труднодоступных и отдаленных районах сохраняются отдельные СУБы и ФАПы

** Махаллинские врачебные пункты организуются по мере необходимости

Как видно из этой схемы, оказанием медицинских услуг населению занимается широко разветвленная сеть учреждений здравоохранения. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РУз. От 30.03.2001г. №129 эти учреждения подразделяются на:

I. Лечебно-профилактические, которые включают:

1.1 Больничные учреждения (республиканские, городские, центральные районные больницы, сельские участковые больницы, клиники ВУЗов и НИИ)

1.2 Специализированные больницы (республиканские взрослые, детские инфекционные и туберкулезные больницы, психиатрические, наркологические и др. больницы)

1.3 Диспансеры (противотуберкулезные, онкологические, кожно-венерологические, кардиологические, офтальмологические и др.)

1.4 Амбулаторно-поликлинические учреждения (консультативно-диагностические, физиотерапевтические, детские и подростковые поликлиники, центральные районные поликлиники, махаллинские, сельские и городские врачебные пункты, фельдшерско-акушерские пункты, стоматологические и др. поликлиники)

1.5 Учреждения охраны материнства и детства (родильные и акушерские комплексы. Центры скрининга матери и ребенка, охраны матери и ребенка, репродуктивного здоровья и формирования здоровой семьи, перинатальные центры)
1.6 Специализированные и научные центры (Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, научные центры хирургии, нейрохирургии, аллергологические, кардиоревматологические и диагностические центры)
1.7 Учреждения скорой и неотложной медицинской помощи
1.8 Научные учреждения, филиалы
1.9 Медицинские учебные заведения
1.10 Санаторно-оздоровительные учреждения
1.11 Учреждения медицинской статистики (Республиканский информационно-аналитический центр, областные бюро информатики, статистики и прогнозирования)

II. Санитарно-профилактические учреждения

2.1 Санитарно-эпидемиологические (центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора, Центр по профилактике и борьбе со СПИДом, дезинфекционные хозрасчетные станции, центры профилактики карантинных и особо опасных инфекций)
2.2 Учреждения санитарного просвещения (Институт здоровья, Центр здоровья)

III. Другие вспомогательные и прочие учреждения (бюро судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомическое бюро, проектные и строительные организации и др.)

Медицинская помощь, оказываемая этими учреждениями подразделяется на:
- *первичную медико-санитарную помощь (ПМСП),* которая оказывается махаллинскими, сельскими и городскими врачебными пунктами, фельдшерско-акушерскими пунктами, амбулаториями, городскими поликлиниками, поликлиниками ЦРБ, центрами неотложной медицинской помощи, учреждениями госсанэпиднадзора, центрами здоровья;
- *специализированная помощь, которая в смою очередь, подразделяется на* амбулаторную и стационарную. *Специализированная амбулаторная* помощь оказывается многопрофильными поликлиниками, диспансерами, консультативно-диагностическими центрами; *специализированная стационарная помощь* - больничными учреждениями общего профиля, специализированными больницами;
- *восстановительное лечение и медицинская реабилитация* в амбулаторных и стационарных условиях.

Важной составной частью первичной медико-санитарной помощи является *профилактика,* то есть комплекс социально-экономических и медицинских мероприятий, осуществляемых с целью устранения причин, и условий, порождающих заболевания, и направленных на укрепление здоровья, повышение трудовой активности и долголетия людей. *Различают первичную и вторичную профилактику.* Первичная направлена на предотвращение заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, на повышение устойчивости организма к неблагоприятному воздействию внешней среды, то есть на сохранение здоровья здоровых людей. Вторичная профилактика нацелена на раннее выявление заболеваний, предупреждение рецидивов и прогрессирования болезни. Одним из ведущих методов профилактики является диспансеризация населения. Она объединяет в себе и профилактику, и лечение, так как направлена на предотвращение заболеваний и борьбу с ними путем регулярного, длительного врачебного наблюдения за определенными группами населения.

Основными задачами деятельности всех видов медицинских учреждений являются:

- оказание первой и неотложной медицинской помощи больным и при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях;

- оказание квалифицированной, в том числе специализированной, лечебно-профилактической помощи в лечебно-профилактических учреждениях и на дому;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности среди населения;
- организация и проведение диспансеризации населения (здоровых и больных) с целью раннего выявления, наблюдения и своевременного лечения заболеваний;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни;
- проведение восстановительного лечения и реабилитации;
- выполнение комплекса противоэпидемических мероприятий (прививки, выявление инфекционных больных, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразными больными);
- осуществление экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности;
- проведение мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Как видно из перечисленных задач, большинство из них имеет непосредственное отношение к первичной медико-санитарной помощи, развитию которой уделяется повышенное внимание во всем мире из-за ее эффективности с точки зрения и медицины, и экономики. Любое лицо, как только у него возникают проблемы со здоровьем, обращается прежде всего в учреждение ПМСП, и только в отдельных случаях, касающихся узкого перечня заболеваний, они имеют дело с врачами-специалистами. Поэтому в большинстве стран с благополучной системой здравоохранения принята следующая схема: первичное звено оказывает разнообразную помощь собственными силами; при необходимости пациент направляется этим звеном на последующие этапы помощи, при этом результаты лечения контролируются и анализируются звеном ПМСП. Таким образом, обеспечивается соблюдение трех важнейших принципов организации системы здравоохранения:

- равный доступ к медицинскому обслуживанию всех граждан, предполагающий равенство между богатыми и бедными, больными и здоровыми, молодыми и старыми;
- эффективность затрат как на национальном уровне, так и на уровне отдельных территорий и учреждений;
- качество медицинских услуг, выраженное через хорошие показатели здоровья и удовлетворение нужд пациентов.

В странах Западной Европы 50% всех врачей заняты в первичном звене здравоохранения и число случаев направлений пациентов из первичного звена к специалистам составляет всего 6%.

Но совсем другая ситуация сложилась в Узбекистане, где в течении десятилетий основное внимание уделялось развитию специализированной стационарной и амбулаторной помощи и лишь остаточные ресурсы направлялись на укрепление ПМСП. Тогда как именно эти учреждения призваны через первичную и вторичную профилактику смягчать и/или нейтрализовать негативное воздействие целого ряда факторов, определяющих здоровье населения (образ жизни и привычки, окружающая среда и т.д.).

В результате непродуманной политики республика имеет с одной стороны, большое количество больниц и специализированных поликлиник, которые требуют огромных затрат на содержание зданий, оборудования и персонала, а с другой - недостаточно развитую, очень плохо оснащенную сеть учреждений ПМСП. В Узбекистане доля врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь составляет 20-25% от общего числа врачей и здесь очень высока доля пациентов, направляемых участковыми врачами к специалистам.

За последние годы в республике проделана большая работа для того, чтобы повернуть пирамиду лицом к пациенту - за 1991-1997г.г. уровень больничной госпитализации в расчете на 100 жителей снизился с 25 до 16, доля финансирования больничной сети сократилась с 80% до 53%.

В настоящее время в городах первичная медико-санитарная помощь оказывается участковыми врачами, располагающимися в поликлиниках, где работает также множество узких специалистов, на деятельность которых направляются основные ресурсы поликлиники. Существуют отдельные поликлиники для взрослых, детей и репродуктивные медицинские службы. Участки обслуживания этих трех поликлиник не всегда пересекаются, и одна семья вынуждена получать первичную помощь от поликлиник, расположенных в разных местах.

В сельской местности система ПМСП состоит из СВА и ФАПов, которые управляются ЦРБ. Штат СВА обычно состоит из врача, акушерки, медсестер и вспомогательного персонала. В ФАПах работают фельдшеры и иногда акушерки. Все городские и сельские участковые врачи прошли обучение по специальностям либо терапевтов, либо педиатров, либо гинекологов.

Главные врачи поликлиник и ЦРБ контролируют ресурсы и принимают все управленческие решения по ПМСП, а поставщики первичной помощи в сущности не располагают никакими ресурсами, не решают кадровых вопросов, не принимают участия в установлении приоритетов. Поэтому реструктуризация системы оказания ПМСП рассматривалась местными политиками в области здравоохранения и такими международными донорскими организациями как ЮСАИД, Всемирный Банк и ВОЗ, в качестве главного шага на пути перенаправления ресурсов в первичное звено и предоставления поставщикам ПМСП права большего участия в решениях по использованию ресурсов.

В настоящее время ПМСП в основном оказывается в поликлиниках (участковыми врачами - терапевтами, педиатрами), а в сельской местности также сельскими врачебными пунктами (СВП), сельскими врачебными амбулаториями и фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП), которые не имеют статуса юридически самостоятельного лица и находятся в прямом подчинении ЦРБ.

Но как показывает опыт многих стран, наиболее перспективным считается переход к оказанию этой помощи врачами общей (семейной) практики, чьи функции значительно шире обязанностей терапевта, педиатра и захватывает часть видов услуг, оказываемых в настоящее время врачами-специалистами.

1.2.2 Первичное звено здравоохранения в сельской местности

Вопрос организации качественной медицинской помощи жителям села имеет для Узбекистана огромное значение - более 62% населения республики проживает в сельской местности. Для сельских семей характерно большое количество детей - каждая женщина в фертильном возрасте имеет в среднем 5 детей. В результате каждый второй проживающий в сельской местности - ребенок или подросток в возрасте до 15-17 лет. Эта ситуация приводит к высокой частоте обращаемости в медицинские учреждения. Вместе с тем, оказание медицинской помощи на селе сталкивается с рядом проблем, связанных как с ограничением бюджета, так и с нерациональной организацией медицинского обслуживания на селе.

До начала реформ, осуществляемых в рамках проекта «Здоровье-1», для сельского здравоохранения было характерно избыточное число дублирующих медицинских учреждений и многоступенчатая система оказания медицинской помощи при низком качестве лечебных и профилактических мероприятий:

ФАП → СВА → СУБ → СВП → ЦРБ

Наиболее доступными для сельского населения являются ФАПы и СВА, но материально-техническая база этих учреждений на начало 90-х годов находилась в крайне тяжелом положении: 32% СВА не имели телефонной связи, 39,8% - водоснабжения, 52,8% - газификации, более 80% не были оснащены электрокардиографами, физиотерапевтической аппаратурой, 21% не имели клиническую лабораторию[1].

За прошедшие годы материальная обеспеченность этих учреждений кардинально не изменилась. В такой ситуации специалисты первичного звена здравоохранения не могут оказать полноценную помощь, и поэтому пациенты вынуждены обращаться в стационары, центральные районные больницы (ЦРБ) и областные больницы, где сосредоточена диагностическая аппаратура, лабораторное оборудование и квалифицированные кадры.

В результате промежуточные лечебные заведения (ФАПы, СВА, СУБы) оставались невостребованными.

Росло недоверие пациентов к существующей системе медицинской помощи, появилась тенденция ухудшения здоровья населения: среди жителей возросло число случаев активного туберкулеза, хронических заболеваний органов пищеварения, дыхания и других заболеваний. При этом особенность медико-эпидемиологической ситуации в сельской местности, как и в Узбекистане в целом, является то, что в ней отмечаются две тенденции. С одной стороны, по ряду показателей, например, возрастанию смертности и потребности в лечении от хронических болезней, особенно от заболеваний системы кровообращения, церебральной патологии, эндокринных заболеваний, заболеваний органов пищеварения страна близка к промышленно развитым странам. С другой стороны, ряд показателей, например, относительно высокий уровень заболеваемости респираторной системы, инфекционными заболеваниями, в том числе туберкулезом, сифилисом, гонореей, сближает нас с развивающимися странами. Это явление, характерное для многих постсоветских стран, получило название *“двойное бремя болезней”*.

Нарастание проблем, связанных со здоровьем населения требовали поэтапных, но решительных мер по изменению системы организации медицинской помощи в сельской местности. В мае 1996 года было принято Постановление Кабинета Министров Республики Узбекистан “О программе развития социальной инфраструктуры села”, которое положило

[1] Выступление начальника Главного управления организации медицинской помощи Минздрава Республики Узбекистан Менликулова П.Р. на семинаре «Реформы в системе финансирования и управления первичного звена здравоохранения», г.Ташкент, 17-19 мая 1999г.

начало реструктуризации медицинских учреждений села и строительству новых медицинских учреждений - сельских врачебных пунктов (СВП).

В стратегическом плане предполагалась реализация двух взаимосвязанных компонентов: **во-первых**, существенно реструктурировать и интегрировать сеть учреждений сельского здравоохранения. К 2005 году фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы), сельские врачебные амбулатории (СВА) и сельские участковые больницы (СУБы) будут закрыты или преобразованы в другие лечебные заведения. Они будут заменены новыми лечебными учреждениями - сельскими врачебными пунктами (СВП), построенными по типовым проектам и обеспеченными медицинским оборудованием на более высоком уровне. В результате в сельских районах республики будет создана двухуровневая сеть здравоохранения: СВП - ЦРБ. При этом в отдаленных и труднодоступных зонах СУБы и ФАПы будут сохранены. **Во-вторых**, медицинская практика будет кардинально переориентирована в сторону общей врачебной практики или семейной медицины.

Эти два компонента тесно взаимосвязаны - наличие нового типа учреждения - СВП, создает материально-технические условия для новой организации медицинской деятельности - общей практики или семейной медицины, которая имеет собственные концепции, принципы и объемы оказываемых услуг. В современных условиях - это наилучший подход к улучшению качества медицинских услуг и уменьшению затрат. Основным медицинским работником, впервые вступающим в контакт с пациентом становится врач общей практики (ВОП) или семейный врач (СВ).

В мировой практике накоплен значительный опыт деятельности врачей общей практики. Независимо от того, являются ли они частнопрактикующими специалистами или государственными служащими, как финансируется их деятельность и какие формы оплаты услуг используются, в деятельности ВОП/СМ многих стран прослеживается 3 основных принципа:

1. Учет, означающий, что каждый прикрепленный житель занесен в список своего семейного врача. Это гарантирует пациенту постоянство и непрерывность помощи. ВОП ведет учет данных по каждому прикрепленному жителю. Эти данные включают в себя всю медицинскую историю, данные о факторах риска и хронических заболеваниях, об использовавшихся медикаментах, а также о всех посещениях врачей-специалистов. Такая информация является важным условием предоставления личной помощи, так как характеризует потребности пациентов в медицинском обслуживании и условия их жизни. Владение такой информацией возможно лишь в рамках общей врачебной практики и недостижимо в условиях деятельности узкоспециализированных врачей.

2. Принцип “привратника”, в соответствии с которым пациенты не имеют свободного доступа ни к врачам узкого профиля, ни к клиникам. Они могут воспользоваться услугами последних только в установленном порядке, получив направление своего ВОП после того, как он убедится в необходимости специализированной помощи. ВОПы проходят специальную подготовку по лечению заболеваний общего характера или незначительных по своей тяжести; в сферу их компетенции входят и хронические заболевания, а также связанные с ними психологические проблемы. Сложное, специфическое и дорогостоящее обслуживание предоставляется пациентам в тех случаях, когда требуются специальные знания и высокий профессиональный опыт.

3. Принцип ориентации на семью, означающий, что ВОП обеспечивает лечебно-профилактическую помощь всей семье, в том числе путем визитов на дом. Для ВОП семья является единицей обслуживания, медицинского мышления и организации работы. Все члены семьи проживают в одинаковых жилищных и гигиенических условиях, одинаково питаются и имеют равный социальный уровень, к тому же у них одинаковые семейные и наследственные

предрасположенности к тем или иным заболеваниям. Поэтому учет всех этих факторов позволяет существенно поднять качество медицинского обслуживания населения.

В настоящее время в Узбекистане начата подготовка врачей общей практики в медицинских вузах, в институтах повышения квалификации врачей, а также в рамках различных программ и проектов, реализуемых в республике при содействии международных организаций. В частности, проект Здоровье, финансируемый за счет займа Всемирного Банка и проект ЗдравПлюс (ранее ЗдравРеформ), финансируемый ЮСАИД (Агентство США по международному развитию) предусматривают обучение кадров по этой перспективной специальности.

Вместе с тем, создание СВП, их техническое оснащение и обеспечение новыми кадрами - врачами общей практики, само по себе не давало возможности поднять качество медицинской работы без изменения системы управления и финансирования, методов оплаты труда работников и стимулирования их работы, а также без изменения отношения населения к своему здоровью и понимания своей роли в новых условиях функционирования системы здравоохранения.

1.2.3 Государственная политика реформ в сфере здравоохранения в Узбекистане

Начиная с 1991 года в Узбекистане происходят большие изменения и это чувствует каждая отдельная семья, каждый человек: появились новые возможности и новые проблемы. Создается принципиально новая социально-экономическая система страны, основанная на рыночных отношениях: формируется новое мировоззрение людей и их социальное поведение. Коренные реформы были вынужденными: они начались после развала командно-контрольной системы, которая не была способна обеспечить нормальное развитие производства и социальной сферы. Эти реформы проводятся в очень сложных условиях: экономика еще не достигла уровня развития 80-х годов и страна резко ограничена в своих ресурсных возможностях. Государство отказывается от некоторых своих социальных обязанностей (обеспечение всеобщей занятости, всеобщее бесплатное образование и медицинское обслуживание, субсидии на потребительские товары и услуги и др.) и перекладывает часть своих функций на предприятия, население. В сфере здравоохранения это проявилось в том, что расширилось количество платных услуг, появились частные медицинские учреждения, лекарства стали продаваться в частных аптеках по рыночным ценам.

Но эти изменения, равно как и развитие сети сельских врачебных пунктов и переход на подготовку врачей общей практики, не затронули принципиальных основ системы здравоохранения, тогда как необходимость ее кардинальной перестройки становилась все более очевидной. Эта необходимость была связана с одной стороны, с внешними условиями (изменения общей экономической, социальной и правовой среды, сокращение финансовых потоков в отрасль и другие), а с другой - недостатками самой системы здравоохранения, которые в кризисных условиях еще более обострились. Среди этих недостатков прежде всего можно выделить следующие:

- отсутствие или слабая разработанность программ общественного здравоохранения и программ взаимосвязи здоровья населения и состояния окружающей среды;
- негибкая система бюджетного финансирования медицинских учреждений и оплаты труда персонала;
- избыток врачей и коек, чрезмерная специализация и чрезмерно высокая обращаемость пациентов за медицинской помощью (высокий уровень посещаемости медицинских учреждений);

- слабая профессиональная подготовка врачей первичного звена и слабая материально-техническая база учреждений, ограничивающая диагностические возможности, устаревшие клинические протоколы;

- чрезмерная централизация управления медицинским учреждением, особенно ПМСП, не позволяющая руководителям этих учреждений эффективно выполнять свои обязанности;

- нехватка современных стандартов качества;

- ограниченность или отсутствие выбора у потребителя.

Особенность системы здравоохранения состоит в том, что ее проблемы сказываются на всем населении - каждый человек независимо от возраста, пола, уровня образования и социального статуса в большей или в меньшей степени обращается за помощью в медицинское учреждение. От качества этой помощи зависит его трудоспособность, взаимоотношения в семье, а также степень доверия к государственной политике в сфере здравоохранения. Пожалуй, ни в какой другой отрасли экономики реформы не затрагивают интереса практически всего населения. Возможно это обстоятельство и повлияло на то, что Узбекистан начал реформы в здравоохранении позже, чем в других отраслях и после того, как большинство стран СНГ уже накопили определенный опыт в этой области.

10 ноября 1998 года вышел Указ Президента Республики Узбекистан, который одобрил Государственную программу реформирования системы здравоохранения 1998-2005 гг. Эта программа определяет Концепцию реформ и основные меры, связанные с совершенствованием организации отрасли, системы финансирования и управления, с развитием потенциала системы здравоохранения. *В этих документах указывается, что основная цель реформ* - создание в стране системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение и улучшение здоровья населения, формирование условий для воспитания здорового поколения.

Основные принципы реформирования системы финансирования:

1. соблюдение конституционных прав граждан на получение квалифицированного медицинского обслуживания и социальную защиту;
2. равнодоступность населения ко всем видам оказываемых медицинских услуг;
3. обеспечение государственного контроля за состоянием здоровья населения и среды его обитания;
4. глубокое реформирование системы здравоохранения на основе внедрения рыночных принципов и механизма;
5. создание эффективной системы охраны материнства и детства;
6. приоритетное развития профилактического здравоохранения, широкой популяризации здорового образа жизни, рационального питания, занятия физической культурой и спортом;
7. гармоничное сочетание экстренного бесплатного медицинского обслуживания с поэтапным переходом специальных и общелечебных медицинских учреждений на платные формы обслуживания, развитие системы медицинского страхования;
8. стимулирование развития частной медицинской практики;
9. повышение эффективности бюджетных ассигнований, направляемых на охрану здоровья населения.

В соответствии с поставленной целью в Государственной программе определены также и *основные задачи реформ:*

- обеспечение государством гарантированного уровня и качества первичной медико-санитарной помощи населению;
- укрепление системы экстренной неотложной медицинской помощи населению;
- совершенствование системы организации и размещение сети лечебно-профилактических учреждений, поэтапный переход к системе врача общей практики;
- создание рынка медицинских услуг и страховой медицины;

- повышение эффективности системы управления здравоохранения за счет ее упрощения, предоставление большей самостоятельности лечебно-профилактическим учреждениям, развитие в здравоохранении негосударственного сектора и частной лечебной практики;
- совершенствование финансовой базы здравоохранения за счет повышения эффективности бюджетных расходов и привлечения дополнительных источников финансирования;
- создание нормативно-правовой базы реформирования отрасли;
- совершенствование процесса подготовки, переподготовки и повышения профессиональной квалификации медицинских работников;
- интеграция развития физической культуры и различных форм профилактики здоровья населения;
- расширение международного сотрудничества и привлечения иностранных инвестиций и технологий в отрасль.

Таким образом, в республике определены **стратегические направления реформирования здравоохранения**, которые предусматривают адаптацию отрасли к зарождающимся рыночным отношениям в экономике.

Во-первых, в Государственной программе четко определяется ***ответственность государства в сфере медицинского обслуживания населения.***

Объем медико-санитарных услуг, гарантируемый государством на бесплатной основе:

- оказание экстренной, неотложной медицинской помощи;
- оказание медицинских услуг в первичном звене здравоохранения и ряде государственных лечебно-профилактических учреждений, прежде всего в сельской местности;
- иммунизацию и вакцинацию населения против ряда инфекционных заболеваний;
- специализированную медицинскую помощь по социально-значимым заболеваниям (туберкулез, онкологические, психиатрические, наркологические, эндокринологические больные и лица с профессиональными заболеваниями);
- обследование и лечение детей;
- лечение льготных категорий пациентов (инвалидов, ветеранов войны. круглых сирот) в государственных лечебно-профилактических лечебных учреждениях.

В Программе предусмотрено также покрытие расходов медицинских учреждений за счет средств юридических и физических лиц, дотаций государственного бюджета.

Во-вторых, меняется система организации и управления здравоохранения в сторону децентрализации и предоставления большей самостоятельности медицинским учреждениям. *Совершенствование системы организации бесплатного медицинского* обслуживания предусматривает:

- создание системы экстренной неотложной медицинской помощи;

- завершение до 2005 года повсеместного перехода к двухступенчатой форме оказания первичных и последующих медицинских услуг: например, в сельской местности: сельский врачебный пункт (СВП) - центральная районная больница (ЦРБ) с поликлиникой. В отдельных случаях могут быть использованы специализированные областные или республиканские лечебные учреждения. Фельдшерско-акушерские пункты и сельские участковые больницы будут сохранены только в пустынных зонах, зонах отгонного животноводства и горных населенных пунктах;

- поэтапный переход на систему врача общей практики в целях оказания многопрофильной квалифицированной медицинской помощи в первичном звене здравоохранения;

- осуществление до 2000г. реструктуризации санитарно-противоэпидемической системы: республиканские территориальные органы Госсанэпиднадзора, республиканского центра СПИД, республиканской противочумной станции, республиканской дезинфекционной станции будут объединены в республиканский центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора с территориальными филиалами на местах.

В-третьих, изменится система финансирования здравоохранения в сторону расширения источников выделения ресурсов. *Из государственного бюджета* будут выделяться средства только на оказание объема медико-санитарных услуг, гарантируемых государством. Кроме того, государство берет на себя обязательство финансировать предоставление государственных дотаций по программам со смешанным финансированием; организацию и проведение профилактических, природоохранных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий согласно государственных программам; подготовку медицинских кадров в рамках государственного гранта.

Предоставляются широкие возможности *для развития рынка частных медицинских услуг.* В этих целях будет проведено разгосударствление и приватизация существующих лечебно-профилактических учреждений, созданы частные лечебно-профилактические учреждения, построенные за счет средств учредителей и прошедших регистрацию в установленной порядке.

Готовится база *для поэтапного внедрения медицинского страхования*. Предусматривается создание государственного фонда медицинского страхования, а также частных фондов добровольного медицинского страхования, обеспечение возможности специализированного медицинского страхования в других страховых учреждениях, действующих по соответствующим лицензиям под контролем государства.

В целях детализации и конкретизации отдельных положений Государственной программы, принятой 10 ноября 1998г., 27 февраля 2003 года был издан Указ Президента РУз. «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения», который предусматривает дальнейшее углубление начатых реформ. Этот документ отмечает, что важнейшей задачей второго этапа реформирования здравоохранения в Узбекистане является создание специализированных клиник и медицинских центров, осуществляющих прием и лечение больных нуждающихся в высококвалифицированной медицинской помощи с использованием современного диагностического и лечебного медицинского оборудования.

Для того, чтобы намеченные реформы успешно реализовались необходимы средства, новейшая информация, а главное, подготовленные специалисты, от компетентности которых зависит то, какой будет система здравоохранения в стране. Поэтому Правительство республики активно ищет дополнительные источники финансирования и технического содействия, в том числе и за рубежом.

1.3 Роль проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» в реформировании ПМСП в республике

1.3.1 Цель и задачи проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» («Здрав/Реформ»)

А. Приоритеты правительственных реформ в первичном звене здравоохранения сельской местности.

Как уже отмечалось ранее, главной целью реформ в здравоохранении является улучшение качества медицинской помощи и здоровья населения. Эта цель может быть достигнута различными путями и способами:

- за счет изменения соотношения между первичной медико-санитарной помощью и специализированной помощью в сторону увеличения доли первичного звена (реструктуризация и рационализация);
- строительства и оснащения сети врачебных пунктов;
- предоставления большей самостоятельности медицинским учреждениям (децентрализация);
- использования новых методов финансирования медицинских учреждений или расчетов с поставщиками медицинских услуг;
- создания новых информационных систем;
- обучения персонала, внедрения новых методов лечения и диагностики;
- улучшения лекарственного обеспечения и других.

Очень трудно определить, какое из этих направлений является наиболее важным, все они оказывают сильное влияние на результаты деятельности отдельного медицинского работника, медицинского учреждения и отрасли в целом.

Вместе с тем, учитывая ограниченность ресурсов, Правительство определило основные приоритеты - это усиление первичного звена здравоохранения в сельской местности, что означает переброску как услуг, так и финансовых ресурсов со стационарных и специализированных учреждений к поставщикам первичных услуг - сельским врачебным пунктам (СВП), которые должны заменить СВА и ФАПы.

Таблица 3

Программа развития сельских врачебных пунктов в 2001-2006г.г. в Узбекистане

	Наличие на 1.01.98г.	Предусмотрено создание в		в том числе		Намечено на 1.01.2006г.
		1998-2000г.г.	2000-2005г.г.	за счет нового строит-ва	за счет перепрофилир-ния ФАП,СУБ,СВА	
Республика Узбекистан	659	1030	1111	920	191	2800
в т.ч. Навоийская	17	52	58	53	5	127
Сырдарьинская	25	69	85	75	10	179
Ферганская обл.	33	81	74	49	25	214

Учитывая разнообразие условий в разных регионах республики (плотность населения, развитость транспортной сети и т.д.), создаются 4 типа СВП:

СВП-1 - на одного врача приходится 1,5-2,5 тыс.чел. населения;

СВП-2 - на двух врачей приходится 2,5-3,5 тыс.чел. населения;

СВП-3 - на 3 и более врачей на 3,5-5,5, иногда до 7 тыс.чел населения;

СВП-4 - от 7 до 10 врачей, учебные СВП, не более 1-2 в каждой области, имеющие основной функцией подготовку врачей и сестер общей практики.

СВП должно иметь водоснабжение, телефонную связь, электричество, газ. Финансирование строительства осуществляют местные власти, контроль за качеством строительства проводит Правительство республики в лице исполнительной власти.

Б. Помощь международных организаций.

Оснащение такой разветвленной сети СВП оборудованием и медицинской техникой, подготовка персонала с соответствующим уровнем квалификации требуют значительных затрат, которые не могут быть выделены из государственного бюджета. Поэтому Правительство обратилось за помощью к Всемирному Банку (ВБ) и в 1999г. получило *заем на реализацию проекта «Здоровье»*. Ответственным за правильное использование средств займа

является Министерство здравоохранения республики. Этот проект реализовывался в трех пилотных областях Узбекистана - Навоийской, Сырдарьинской и Ферганской. В 2004 году за счет сэкономленных средств займа деятельность проекта была распространена также на Республику Каракалпакстан (РКК) и Хорезмскую область. Эти области были отобраны Правительством потому, что они отличаются друг от друга по размеру территории и плотности населения, по экономическим показателям и показателям здоровья. В дальнейшем, при распространении опыта на другие области, это позволило учесть все многообразие условий Узбекистана. Для успешной реализации проекта были созданы специальные организационные структуры:

1. Межведомственные координационные комитеты как на республиканском уровне в г.Ташкенте, так и в каждой из трех пилотных областей;

2. Центральное Бюро Реализации Проекта (ЦБРП), которое оказывает общую административную поддержку проекту, осуществляет координацию и управление всей деятельностью;

3. Областные Бюро по Реализации Проекта (ОБРП) в каждой пилотной области и БРП в Республике Каракалпакстан, которые должны обеспечить связь между ЦБРП, местным руководством и зарубежными и местными техническими консультантами, оказывающими помощь в разработке и реализации различных мероприятий.

Проект Здоровье был рассчитан на 4 года, он внедрялся Минздравом РУз., управлениями здравоохранения пилотных областей и Минздравом РКК. Минздравом РУз. отвечает за управление всеми закупками, финансируемыми из средств займа. ЦБРП занимается вопросами координации работы специализированных организаций - Узмедэкспорт, Узмедтехника, а также вопросами взаимодействия с ВБ в отношении закупок и мер, требующих рассмотрения со стороны Банка.

Проект «Здоровье» осуществлялся при тесном сотрудничестве с проектом «ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»), который финансируется Агентством США по международному развитию (ЮСАИД), а реализуется консультационной фирмой Абт Ассосиэйтс.

По просьбе Министра здравоохранения Республики Узбекистан ЮСАИД выделил средства и осенью 1997г. Минздрав и ЮСАИД при согласии ВБ подписали меморандум о взаимопонимании в отношении сотрудничества в области реформирования первичного звена здравоохранения в сельской местности.

Начиная с этого момента, проект «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* осуществляет активную деятельность по реализации компонента *Укрепление системы финансирования и управления ПМСП*, проводит клиническое и экономическое обучение, внедряет новые информационные системы, предоставляет гранты, направленные на улучшение амбулаторной медицинской помощи в сельской местности Ферганской области.

Проект «ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)	
Спонсор: **Агентство США по международному развитию (ЮСАИД)** ЮСАИД является ведущим агентством, отвечающим за предоставление Соединенными Штатами иностранной помощи. Оно учредило проект «*ЗдравПлю»с («ЗдравРеформ»)* с целью повышения эффективности, доступности и действенности медицинского обслуживания в странах СНГ. Сотрудничая с правительствами многих стран мира, ЮСАИД помогает повысить благосостояние миллионов людей. В развивающихся странах, странах	*Главный подрядчик*: **Абт Ассосиэйтс Инк** ЮСАИД передало Абт Ассосиэйтс контракт на реализацию проекта «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»*). Основанная в 1965 году, Абт является многосторонней консультационной фирмой, ведущей работы в области политических исследований и международного развития. 600 сотрудников Абта оказывают помощь правительствам, компаниям, Всемирному Банку, ООН и другим клиентам в более чем 90 странах

Восточной Европы и СНГ оно осуществляет проекты в области здравоохранения, защиты окружающей Среды, дорожного строительства, санитарии и др. Как все федеральные агентства и учреждения, ЮСАИД получает свои финансовые средства от американских налогоплательщиков. Осуществляя программы помощи, ЮСАИД не занимается непосредственно реализацией проектов, а направляет контракты и средства другим агентствам и фирмам, которые с ним сотрудничают.	мира. Абт руководит проектом «*ЗдравПлюс»* из своей штаб-квартиры, которая расположена неподалеку от Вашингтона в г. Бетезде штата Мэриленд. В странах СНГ имеются филиалы фирмы, куда приглашены специалисты в области экономики здравоохранения, врачи, эпидемиологи, а также другие представители медицинских профессий как из СНГ, так и из других стран мира.

В. Цели и задачи проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)

Основная цель проекта «Здоровье» и проекта «ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ») - это улучшение состояния здоровья сельского населения без значительного увеличения общих расходов Правительства на предоставление услуг здравоохранения. Эта цель достигалась за счет:

- укрепления первичного звена здравоохранения в сельской местности;
- реформирования системы управления и финансирования сельских медицинских учреждений с тем, чтобы обеспечить максимально эффективное использование имеющихся ресурсов;
- обучения работников здравоохранения в области общей практики, чтобы они могли представить своим больным и их семьям широкий набор первичных медицинских услуг высокого качества.

Укрепление первичного звена означает, что за счет займа, выдаваемого ВБ, финансировались поставки основного диагностического, терапевтического и лабораторного оборудования, медицинской мебели и медицинского транспорта, компьютерной техники, обучение и техническая помощь, административные затраты по проекту.

Таблица 4

Количество СВП, подлежащих оснащению за счет займа ВБ в 1999-2003г.г.

Области	Общее кол-во СВП	в том числе по типам			
		I	**II**	**III**	**IV**
Навоийская	40	6	24	10	
Сырдарьинская	96	16	48	32	-
Ферганская	74	4	21	49	

Правительство финансировало все строительные работы и затраты на техническое обслуживание СВП. За счет средств займа предоставлено оборудование новым СВП и осуществлена рационализация (закрытие) медицинских учреждений с дублирующими функциями и тех учреждений, которые находятся в аварийном состоянии, (начиная с ФАПов и кончая небольшими СУБами).

Важной составной частью Проекта «Здоровье» являлась подготовка врачей и медсестер общей практики. Обучение персонала играет критическую роль в реформировании ПМСП и повышении качества и эффективности услуг, предоставляемых СВП. В рамках проекта разработана и реализована годичная программа обучения преподавателей и практикующих врачей, а также краткосрочные программы повышения квалификации без отрыва от работы для практикующих врачей и медсестер СВП.

В реализации этого компонента принимал активное участие и «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)*, в рамках которого проводилось краткосрочное клиническое обучение.

Одной из основных задач проекта «Здоровье» *являлось улучшение системы управления и финансирования ПМСП в сельской местности.* Этот компонент реализовывался силами специалистов «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* и занимал важное место в проекте.

1.3.2 Основное содержание компонента Финансирование и Управление ПМСП

Как местные, так и зарубежные специалисты в области здравоохранения признают, что существующая на сегодняшний день система управления и финансирования первичного звена здравоохранения не стимулирует повышения качества медицинских услуг и не способствует снижению экономических затрат, связанных с их оказанием, поэтому она нуждается в совершенствовании.

Мировой опыт подсказывает множество вариантов реформ, среди которых следует выбрать тот, который наиболее приемлем в условиях республики. По согласованию с руководителями здравоохранения республиканского и областного уровня было решено, что реформы управления и финансирования, осуществляемые в рамках проекта «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»),* предусматривают:

(а) предоставление сельским учреждениям ПМСП статуса юридического лица;

(б) подготовку и размещение по учреждениям нового работника - финансового менеджера;

(в) разработку и внедрение новых механизмов финансирования учреждений ПМСП, основанных на подушевом принципе;

(г) внедрение новых информационных систем по медицинским и экономическим вопросам.

Основными целями данного компонента являлось:

- улучшение эксплуатационной и экономической эффективности учреждений ПМСП;
- уменьшение ненужных с медицинской точки зрения направлений пациентов на более высокие и относительно более дорогие уровни обслуживания.

Поскольку пилотирование требовало большого количества клинической и экономической информации, без которой учреждение ПМСП не может успешно функционировать, проекта «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* предусматривал внедрение новой компьютеризированной информационной системы управления (ИСУ) здравоохранением, предназначенной для сбора, хранения и анализа необходимых данных.

Цель проектирования и создания ИСУ в Узбекистане состоит в поддержании стратегических приоритетов программы реформы здравоохранения. Эти усилия нацелены на создание системы, которая содействовала бы принятию ключевых стратегических решений, минимизировала дублирование информации и повысила ее достоверность и улучшила процесс сбора, обработки, хранения, и доступа к клиническим и финансовым данным.

Новая ИСУ направлена на обеспечение заведующих и финансовых менеджеров ПМСП средствами анализа клинической и финансовой информации. Учреждения здравоохранения смогут создавать ряд отчетов, включающих данные о том, какие услуги предоставляются, каково количество посещений в разбивке по диагнозам, по полу и возрасту пациентов и т.д.

Данные отчеты будут необходимы для процесса принятия решений при управлении учреждениями, и дадут администраторам и врачам своевременный доступ к информации. Другие учреждения здравоохранения, такие как Министерство здравоохранения и Областные Управления Здравоохранения, больницы и поликлиники будут также использовать эту информацию. Предполагалось создание двух главных системы баз данных. Это база данных по населению и база данных клинической информации.

База данных по населению: Основное ее назначение состоит в предоставлении демографической информации об участках обслуживания каждого учреждения ПМСП в

экспериментальных и контрольных районах пилотных областей. Была собрана и введена в компьютерную базу данных основная информация относительно отдельных лиц и семей (имя, возраст, пол и т.д.), проживающих на данных участках.

База данных по населению, предоставляя информацию о числе детей и взрослых в разбивке по возрасту и полу, дает врачам лучшее понимание потребностей их пациентов, а экономистам – возможность более справедливого распределения средств по учреждениям ПМСП.

Дальнейший анализ базы данных по населению позволит пользователям отследить рождения, смерти и миграцию населения. Данные факторы важны как для осуществления финансирования в расчете на душу населения, так и для мониторинга результатов реформ.

Клиническая информационная база данных. Предполагалась также разработка Клинической Базы Данных (КБД), которая содержала бы клиническую информацию, собираемую по каждому случаю приема больного в учреждении ПМСП.

Реформирование системы управления и финансирования, внедрение информационных систем требует специалистов, подготовленных к работе в новых условиях. Поэтому проект «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* предусматривал проведение специальных обучающих курсов (семинаров):

а) по Менеджменту в здравоохранении - для финансовых менеджеров и заведующих учреждениями ПМСП, руководителей и ведущих специалистов здравоохранения районного и областного уровня;

б) по компьютерным навыкам - для операторов районных и областных информационных центров.

Проект «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* придает большое значение *усилению роли населения и общественности* в деятельности учреждений ПМСП.

Необходимость более широкого вовлечения населения в решение вопросов, касающихся здоровья, обусловлено четырьмя основными причинами:

- Введение свободного выбора врача первичной помощи пациентом тесно связано с реорганизацией системы ПМСП
- Хорошо информированный потребитель медицинских услуг становится активным участником системы, что способствует повышению ответственности поставщика медицинских услуг перед потребителем
- Повышение полномочий в принятии решений по вопросам здравоохранения активизирует участие населения в других социальных сферах
- Население должно взять на себя больше ответственности за собственное здоровье, активно участвуя в формировании здорового образа жизни.

Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. Сентябрь 1999г. Программа ЗдравРеформ для ЮСАИД/ЦАР.

Проект «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* содействовал организации местных общественных консультативных комитетов, состоящих из видных членов местного сообщества. Учреждения ПМСП могут обращаться в эти комитеты за помощью в разработке и проведении образовательной санитарно-просветительской работы.

С целью поощрения формирования и активности этих общественных комитетов и для предоставления дополнительного финансирования для обеспечения особых нужд, была организована специальная программа предоставления малых грантов.

1.3.3 Этапы реализации реформ финансирования и управления ПМСП в пилотных областях

Эксперимент по введению подушевого финансирования учреждений ПМСП в сельской местности республики был начат в трех районах Ферганской области (Бешарыкском, Кувинском и Язъяванском) с 1 апреля 1999 года. Юридической основой этого эксперимента явилось Постановление Кабинета Министров №100 от 5 марта 1999 года, Приказ Министра здравоохранения №169 от 16 марта 1999 года и ряд других документов, принятых на уровне хокимиата и облаздрава Ферганской области. Эти документы обеспечили основные условия, необходимые для введения подушевого финансирования - предоставление статуса юридически самостоятельных учреждений ПМСП с правом открытия расчетного счета и аккумулирование денег для экспериментальных учреждений ПМСП на уровне облздрава.

За время эксперимента в трех районах Ферганской области, Проектом «Здоровье» и ЗдравПлюс (*ранее-ЗдравРеформ*) была проделана значительная работа по улучшению правовой и политической базы для управления и финансирования учреждениями ПМСП, реализации новых механизмов финансирования и системы оплаты поставщика, улучшению управленческих способностей руководителей учреждений (заведующих и финансовых менеджеров), улучшению информационных систем.

Реформы управления и финансирования, осуществляемые в рамках проекта Здоровье и проекта «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)*, были разделены на 2 стадии. На первой стадии – разработан и проверен экспериментальным путем в отобранных трех районах Ферганской области (Бешарикском, Кувинском, Язъяванском) вариант или модель реформ. В конце эксперимента, когда результаты были положительно оценены, на второй стадии эта модель внедрялась в оставшихся районах Ферганской области, а также в Навоийской и Сырдарьинской областях.

Работу, проделанную на первой стадии в трех районах Ферганской области, условно можно подразделить на два больших этапа.

Первый этап начался с декабря 1997 года и длился по март 1999 года, то есть до момента выхода Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан №100 “О реализации проекта реформирования первичного звена здравоохранения в Ферганской области” от 5 марта 1999 года.

Второй этап начался после выхода вышеназванного постановления и продолжался до конца 2004 года, это был период активной реализации эксперимента и географического расширения новой системы финансирования и управления.

На первом этапе реформ проекта «*ЗдравПлюс» («ЗдравРеформ»)* была осуществлена следующая работа:

клиническое обучение - составлена программа и проведена серия семинаров для врачей, среднего медицинского персонала, работающих в СВП и СВА.

проведен отбор кандидатов на должность финансовых менеджеров и осуществлено их трехмесячное обучение в соответствии со специально разработанной программой; совместно с представителями областного управления здравоохранения проведена их аттестация, в результате которой 17 слушателей получили сертификат, дающий им право работы в качестве финансовых менеджеров в экспериментальных учреждениях ПМСП;

-проведено исследование в шести районах Ферганской области (3 пилотные, 3 контрольные района) для определения фактического объема медицинской помощи, оказываемой в учреждениях сельской ПМСП и затратам на ее оказание;

-были собраны данные по учреждениям ПМСП в 16 районах Ферганской области для определения доли фактических затрат на первичную помощь и расчета подушевых

нормативов, осуществлен расчет этих нормативов и полученные результаты обсуждены со специалистами Ферганской области. Эта работа проводилась как в 1998г., так и в 1999г.;

-проведено социологическое обследование в 6 районах Ферганской области методом фокус-групп, цель которого - получение подробной информации о состоянии медицинского обслуживания сельского населения;

-в августе 1998 года подписан Меморандум о взаимопонимании между Минздравом республики и Корпусом Мира, в соответствии с которым Корпус Мира в июне 1999 года размещает 25 добровольцев во всех экспериментальных районах Ферганской области для оказания помощи обучению финансовых менеджеров и учреждениям ПМСП в рамках реформ здравоохранения;

-при активном содействии и благодаря финансированию со стороны Программы ЗдравРеформ подготовлен справочник основных лекарственных средств, который передан каждому СВА и СВП в трех экспериментальных районах Ферганской области;

-подготовлены Временное положение (Устав) об экспериментальном учреждении ПМСП и определен порядок его регистрации в качестве самостоятельного юридического лица;

Второй, наиболее активный этап реформ начался в марте 1999 года после выхода Постановления Кабинета Министров №100, а также приказа Минздрава №169 и целого ряда нормативно правовых документов на уровне хокимията и областного управления здравоохранения Ферганской области. Они стали **юридической основой** проводимых реформ и осуществления эксперимента.

Было установлено, что средства, сэкономленные в системе здравоохранения области за счет структурной перестройки медицинской сети, освоения более экономичных методов лечебно-профилактической работы, направляются в первую очередь на развитие учреждений в ПМСП в пилотных районах. Это Постановление утвердило также Временное положение о финансирование учреждений ПМСП и обязало Минздрав Республики:

-обеспечить подготовку врачей и управленческого персонала для учреждений ПМСП;

-разработать пакет гарантируемых государством основных видов медико-санитарных услуг для учреждений ПМСП;

-разработать систему и критерии улучшения качества и эффективности медико-санитарных услуг для учреждений ПМСП;

-по итогам пилота совместно с Минфином республики, хокимиятами Сырдарьинской и Навоийской областей, принять решение о его распространении в этих областях;

-обобщить результаты пилота и совместно с Минфином республики внести предложения по внедрению нового механизма финансирования в других учреждениях ПМСП республики;

Постановление определило, что базовой основой реформ в здравоохранении Ферганской области является новая система первичной помощи, которая имеет две основные характеристики. Во-первых, она является сетью юридически независимых учреждений первичной помощи, имеющих свой банковский счет и получающих финансирование непосредственно из областного управления здравоохранения по подушевому принципу. Во-вторых, клинические мощности этой сети укрепляются путем клинического обучения и приобретения оборудования, что позволит учреждениям ПМСП оказывать полное и качественное медицинское обслуживание населению, уменьшая таким образом избыточное количество направлений в поликлиники и в стационары. В конечном счете это должно привести к повышению рентабельности и качества системы здравоохранения в целом.

Для того, чтобы обеспечить влияние реформ на эффективность работы системы здравоохранения в целом, Постановлением Кабинета Министров №100 предусмотрено включение в Программу реформирования не только СВП, но и других учреждений ПМСП. Поэтому все СВА и ФАПы в трех пилотных районах Ферганской области были административно объединены вместе со своими участками обслуживания в СВА+ФАП

комплексы и также, как и СВП, зарегистрированы в качестве самостоятельных юридических лиц. При этом состояние клинических мощностей этих учреждений разное: СВА+ФАП комплексы на много хуже оборудованы и имели менее подготовленный медицинский персонал. К тому же они не были охвачены программой усиления клинических мощностей за счет займов Всемирного Банка: Проект Здоровье обеспечивал поставку оборудования и клиническое обучение только для СВП.

Новая система финансирования и управления в экспериментальных учреждениях Ферганской области начала действовать с 1 апреля 1999 года. Её цель - равномерное и равноправное распределение ресурсов, выделяемых на первичное звено здравоохранения и в то же время, создание стимулов для их более экономного использования.

Внедрение новой системы финансирования и управления включало следующее:

1. Определение бюджетов всех пилотных учреждений ПМСП на основе подушевого норматива финансирования, рассчитанного в соответствии с Временным положением, утвержденным Постановлением Кабинета Министров №100.
2. Выделение Областным управлением здравоохранения в полном объеме ежемесячного размера средств каждому учреждению в соответствии с суммами указанным в сметах.
3. Официальное зачисление в штаты пилотных учреждений ПМСП финансовых менеджеров, в начале - из расчета один финансовый менеджер на 2-4 учреждения в зависимости от численности прикрепленного населения, а через год по решению Ферганского облздрава – из расчета 1 финансовый менеджер на каждое учреждение.
4. Разработку финансовыми менеджерами и заведующими СВП бизнес-планов, которые должны были заменить сметы расходов. Но вопрос о бесстатейном финансировании не был решен положительно, поэтому были составлены и утверждены в установленном порядке сметы расходов, которые являлись составной частью бизнес-планов.
5. Предоставление финансовыми менеджерами всей учетной и финансовой отчетности в соответствующие органы в установленном порядке.
6. Обучение заведующих учреждениями ПМСП и финансовых менеджеров в соответствии с потребностью, возникающей в процессе их деятельности (по делопроизводству, по составлению сметы расходов, по заполнению форм отчетности), а также по продвинутому Менеджменту в здравоохранении – по Стратегическому и Бизнес планированию, Бюджетированию, Управлению имуществом, Управлению персоналом.
7. Подготовку Практического Руководства для администраторов учреждений ПМСП.

На следующем этапе реформирования системы финансирования ПМСП Ферганской области, который начался в 2000 году, подушевой норматив был увеличен в соответствии с ростом объема медицинских услуг, предоставляемых СВП и СВАП+ФАП комплексами и откорректирован в соответствии с половозрастным составом прикрепленного населения.

Эксперимент по финансированию и управлению сельской ПМСП показал, что в результате реформирования становится возможным:

- Перейти на более эффективное альтернативное финансирование, основанное на потребностях пациентов и размере населения, обслуживаемого учреждениями ПМСП (СВП, СВА+ФАП комплексами) взамен старых механизмов финансирования, основанных на таких факторах, как численность персонала, размер учреждения и т.д.
- Значительно увеличить бюджеты медицинских учреждений и выделять относительно больше ресурсов для обслуживания женщин и детей и в учреждения ПМСП с меньшей численностью обслуживаемого населения посредством аккумулирования финансовых средств ПМСП на уровне области и перераспределения финансов в соответствии с половозрастным составом и плотностью населения.

- Обеспечить финансовую самостоятельность, автономию в управлении и гибкость учреждений ПМСП, которая позволила развивать их потенциал посредством более гибкого распределения выделенных подушевых финансовых средств, закупки лекарств и других материалов, оптимального формирования кадров и эффективного использования Фонда развития медицинского учреждения.
- Повысить заинтересованность поставщиков первичной медико-санитарной помощи в предоставлении своих услуг населению, тем самым увеличивая использование учреждений ПМСП сельским населением.

С 1 января 2001 года новые методы финансирования и управления были распространены еще на три пилотных района Навоийской (Навбахорский, Нуратинский и Навоийский) и на три района Сырдарьинской (Баяутский, Сырдарьинский и Мирзаабадский) областей. С 1 января 2002 года началось внедрение новых методов финансирования и управления дополнительно еще в трех районах (бывшие «контрольные») Ферганской области (Ташлакский, Ахунбабаевский и Фуркатский). В конце 2002 года Правительством республики было принято решение включить в новую систему финансирования и управления все оставшиеся районы трех пилотных областей. С 2004 года новая система финансирования и управления была внедрена в трех районах Республики Каракалпакстан и в трех районах Хорезмской области.

Аккумулирование районных ресурсов для ПМСП на уровне области дало возможность более справедливого распределения этих ресурсов среди пилотных районов. Новая система оплаты услуг поставщиков медицинской помощи на основе подушевого финансирования создала стимулы для учреждений ПМСП сосредоточить свою деятельность на профилактике и нацелить свои ресурсы на наиболее уязвимые категории населения.

Развитие реформ позволило увеличить выделение ресурсов на оказание ПМСП в пилотных районах в течение последних лет, не привлекая дополнительных средств в сектор здравоохранения из государственного бюджета.

Таблица 5

Результаты реформ системы финансирования и управления в пилотных районах Ферганской области

Показатели	1999	2004
Количество сельских учреждений ПМСП /СВП Ферганской области области, вовлеченных в реформы системы финансирования и управления	45	273
Количество пилотных районов	3	17
Доля (в %) населения, охваченного реформами системы финансирования и управления от общей численности населения области	12	66
Норматив подушевого финансирования для пилотных учреждений ПМСП (сум)	367	1831
Доля фактического финансирования пилотных учреждений в общей сумме фактического финансирования системы здравоохранения пилотных районов	19	19,3

Деятельность по реформированию финансирования и управления первичной медико-санитарной помощи в сельской местности пилотных регионов Узбекистана дала возможность Министерству здравоохранения республики провести апробацию новых методов и приблизиться вплотную к созданию демонстрационной модели эффективного финансирования сектора первичного звена здравоохранения в сельской местности.

Интенсивное географическое расширение новой системы финансирования и управления имело особую важность потому, что означало понимание значимости реформирования на

областном и республиканском уровне. Реализация реформ по финансированию и управлению ПМСП была одобрена, и в дальнейшем подлежит усовершенствованию и распространению по всей стране.

Опыт пилотных районов показал, что определенные элементы сельской модели финансирования ПМСП представляют особую важность для успеха реформ и могут сформировать основу национальной модели реформирования ПМСП в сельской местности. Эти элементы включают:

- Своевременное выполнение планов по строительству новых СВП или преобразование старых учреждений ПМСП в СВП и укрепление этих учреждений посредством предоставления необходимого оборудования и ресурсов
- Включение всех сельских учреждений ПМСП в новую систему финансирования и придание им статуса самостоятельного юридического лица
- Аккумулирование финансовых средств ПМСП на уровне области для обеспечения справедливого распределения средств по районам
- Подушевое финансирование учреждений ПМСП
- Финансовая и управленческая самостоятельность учреждений ПМСП

Практические задания

Работа в малых группах: **“Анализ заинтересованных сторон”**

Анализ заинтересованных сторон - это метод оценки интересов отдельных организаций и группы лиц, могущих оказать воздействие на процесс разработки и реализации реформ в здравоохранении.

Заинтересованные стороны-	Это организация или группа лиц, которые проявляют интерес к успеху реформ, могут оказать влияние на цели, задачи и процесс их реализации: а) потребители медицинских услуг (индивидуумы, семьи); б) медицинский персонал, работающий в учреждениях здравоохранения; в) работники органов здравоохранения на республиканском, областном и районном уровнях; г) Правительство страны и Парламент; д)предприниматели, кто оплачивает медицинские услуги через налоги и отчисления, а также непосредственно через контракты; е) негосударственные организации.
Для чего проводится анализ заинтересованных сторон	1. Чтобы определить, может ли организация или группа лиц поддержать или ослабить позиции тех, кто принимает решения 2. Чтобы найти возможность расширения круга организаций и лиц, положительно заинтересованных в данном мероприятии.
Организация занятия	Аудитория делится на 5 групп, каждая из которых выражает свое отношение к мероприятиям по реформированию здравоохранения (форма А)

Форма А

Анализ заинтересованных сторон

	Отдельные мероприятия по реформированию здравоохранения	Заинтересованные стороны				
		Группа1- Потребители медицинских услуг	Группа 2- Руководители здравоохранения области	Группа 3- Правительство	Группа 4- Предприни матели	Группа 5- Медицинский персонал учреждения
1.	Расширение медицинских услуг, оплачиваемых населением (платные услуги)					
2.	Увеличение финансирования из гос.бюджета за счет роста общих налогов					
3.	Введение медицинского страхования и установление тарифов отчислений с фонда заработной платы без изменения других налоговых выплат					
4.	Перераспределение средств в пользу ПМСП					
5.	Предоставление юридической и экономической самостоятельности учреждениям					
6.	ПМСП					
7.	Переход на подушевой принцип финансирования учреждений ПМСП					
8.	Переход на общую врачебную практику					

Тесты

1. Почему нельзя все медицинские услуги предоставлять населению на платной основе как любой другой товар, например, как обувь, одежду или услуги по ремонту телевизора:

а) потому, что отдельные медицинские услуги являются общественными благами и обладают свойством "внешнего эффекта";

б) потому, что существует информационная асимметрия во взаимоотношениях поставщика медицинских услуг и пациента;

в) потому, что в обществе всегда есть группа лиц, которые не в состоянии оплатить даже самую неотложную медицинскую помощь и государство должно им помочь;

г) все ответы верны.

2. Свойством "внешнего эффекта" обладает следующая медицинская услуга:

а) удаление аппендицита;

б) физиотерапевтическая процедура;

в) иммунизация детей в возрасте до 12 месяцев;

г) все ответы верны.

3. Информационная асимметрия ставит в более выгодное положение:

а) пациента;

б) производителей медицинских услуг (врачей);

в) государство;

г) все ответы верны.

4. *Если в качестве критериев классификации систем здравоохранения использовать принципиальные аспекты организации, финансирования, и управления, то можно выделить три типа систем:*

а) государственные, частные и общенациональные;

б) централизованные и рыночные;

в) государственные, национальные и региональные;

г) преимущественно централизованные, децентрализованные и смешанные.

5. Решение следующих задач является приоритетным для большинства стран мира:

а) определение пакета гарантируемых государством медицинских услуг, развитие ПМСП, переход на общую врачебную практику;

б) обеспечение эффективности затрат, улучшение качества медицинской помощи, достижение равного доступа для населения;

в) рационализация и реструктуризация, децентрализация управления, переход на подушевой принцип финансирования;

г) все ответы верны.

6. Какие учреждения ПМСП включены в новую систему финансирования и управления:

а) СВП, диспансеры, консультационно-диагностические центры;

б) СВА, СУБ, СВП, центры неотложной медицинской помощи;

в) ФАПы, СВП, СВА;

г) все ответы верны.

7. Специализированная помощь подразделяется на:

а) амбулаторную и стационарную;
б) профилактическую и амбулаторную;
в) первичную и стационарную;
г) профилактическую и стационарную.

8. Деятельность врача общей практики основана на трех важнейших принципах:

а) учет, принцип "привратника", принцип ориентации на семью;
б) подушевой принцип финансирования, формирование независимого СВП, введение должности финансового менеджера;
в) эффективность затрат, принцип "привратника", введение подушевого финансирования;
г) все ответы верны.

9. Основные задачи Проекта «Здоровье» и Проекта «ЗдравПлюс» (ЗдравРеформ) - это:

а) укрепление первичного звена здравоохранения в сельской местности, реформирование системы управления и финансирования сельских учреждений ПМСП, обучение их работников;
б) реформирование системы управления и финансирования здравоохранения, переход на врача общей практики, строительство новых СВП;
в) укрепление медицинских учреждений (включая центры неотложной медицинской помощи) в пилотных областях, подготовка врачей общей практики, закупка и установление компьютеров;
г) все ответы верны.

10. Для модели реформирования системы управления и финансирования сельских учреждений ПМСП в рамках Проекта «Здоровье» характерно:

а) придание учреждению ПМСП статуса независимого юридического лица с собственным банковским счетом;
б) наличие финансового менеджера;
в) аккумулирование средств на областном уровне и финансирование учреждение на основе подушевого норматива
г) все ответы верны.

Ответы:

1 – г)	6 - в)
2 - в)	7 – а)
3 – б)	8 – а)
4 – г)	9 – а)
5 – б)	10 – г)

Список рекомендуемых нормативных документов и литературы

1. Указ Президента РУз. «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», от 10.11.1998г. № VII-2107
2. Указ Президента РУз. «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» от 26.02.2003г.
3. Постановление Кабинета Министров РУз. “О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций” от 03.09.1999г. № 414
4. Постановление Кабинета Министров РУз. «О совершенствовании управления в системе здравоохранения», № 18 от 14.01.1999г.
5. Постановление Кабинета Министров РУз. «О реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения в Ферганской области» от 05.03.1999г. № 100
6. Постановление Кабинета Министров РУз. «О программе развития социальной инфраструктуры села» от 21.05.1999г. №182
7. Приказ Минздрава РУз. от 16.03.1999г. № 169 о реализации Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан от 05.03.1999г. № 100
8. Приказ Минздрава РУз. об утверждении номенклатуры учреждений здравоохранения, независимо от форм собственности и источника финансирования от 30.03.2001г. № 129
9. Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. ЗдравРеформ/ЮСАИД, Алматы, Казахстан, 1999г.
10. Реформирование первичного звена здравоохранения в сельской местности Ферганской области: система финансирования и управления. Программа ЮСАИД/ЗдравРеформ в Узбекистане. Ташкент, 2000г.
11. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М. «Русь» «Издатцентр», 1998г.

Раздаточный материал для слушателей

Слайд 1

Модуль I Реформы системы здравоохранения

Цель - содействие в понимании:

- условий, определяющих непрерывный процесс реформирования системы здравоохранения;
- национальной стратегии реформирования финансирования и управления ПМСП;
- роли проекта Здоровье и проекта ЗдравПлюс (ЗдравРеформ) в реализации национальной стратегии реформ

Слайд 2

Почему медицинские услуги нельзя продавать также как другие товары и платные услуги?

Потому что медицинские услуги имеют ряд особенностей:

- значительная их часть является общественным благом и обладает свойством “внешнего эффекта”;
- потребление медицинских услуг связано с неопределенностью;
- существует информационная асимметрия.

Слайд 3

Оценка влияния отдельных факторов на здоровье населения

Условия и образ жизни	***48-50%***
Окружающая среда	***20-22%***
Биология (генетика) человека	***18-20%***
Здравоохранение	***8-14%***

Слайд 4

Система здравоохранения должна обеспечивать:

- Удовлетворение потребностей населения в медицинской помощи
- Ее доступность
- Качество
- Преемственность в оказании медицинской помощи
- Эффективность использования ресурсов
- Современный уровень оказания помощи в рамках программ государственных гарантий

Слайд 5

Обязанности государства в сфере здравоохранения:

- Обеспечить жизнеспособность системы налогообложения и учета расходов
- Создать законы и нормативные акты
- Нести ответственность за финансирование и предоставление основных медицинских услуг населению
- Вводить стандарты качества предоставляемых услуг
- Финансировать и|или предоставлять услуги напрямую неимущим слоям населения

Слайд 6

Для чего многие страны мира реформируют свои системы здравоохранения?

Для того чтобы:

- повысить ее эффективность;
- определить дополнительные источники финансирования;
- обеспечить гарантии получения качественной медицинской помощи;
- решить задачи, связанные с определением прав и обязанностей пациента и врача;
- решить проблемы, связанные со старением населения, изменением структуры заболеваемости, появлением новых медицинских технологий и др.

Слайд 7

В конечном счете, все страны стремятся к оптимизации трех основных переменных, характеризующих здравоохранение:

1. ***Стоимость здравоохранения***
2. ***Качество медицинской помощи***
3. ***Равный доступ для населения***

Слайд 8

Основные характеристики системы, основанной на государственной монополии:

- Финансирование из государственных источников
- Управление осуществляется государственными органами
- Медицинские услуги производятся государственными

Слайд 9

Факторы, приведшие к необходимости реформ в системе здравоохранения республики:

- Необходимость адаптации отрасли к новым рыночным отношениям
- Сокращение финансирования в связи с ограничением ресурсов на макроуровне
- Появление новых медицинских технологий и новых методов организации здравоохранения.

Слайд 10

Медицинская помощь, оказываемая учреждениями здравоохранения подразделяется на:

-амбулаторно-поликлиническую помощь

- *первичную медико-санитарную помощь (ПМСП;*
- *специализированную помощь*

- стационарную помощь

Слайд 11

Стратегические направления реформирования здравоохранения в Узбекистане:

-Строгое разграничение сферы бесплатного и платного медицинского обслуживания

-Изменение системы организации и управления в сторону децентрализации

-Изменение системы финансирования в сторону расширения источников поступления средств и более эффективного использования бюджетных ассигнований

Слайд 12

Услуги, гарантируемые государством на бесплатной основе:

-оказание экстренной, неотложной медицинской помощи;

- оказание медицинских услуг в ПМСП и ряде государственных лечебно-профилактических учреждений, прежде всего в сельской местности;

- иммунизация и вакцинация населения против ряда инфекционных заболеваний;

Слайд 13

Услуги, гарантируемые государством на бесплатной основе (продолжение):

- специализированную медицинскую помощь по социально-значимым заболеваниям, представляющим опасность для окружающих;
- обследование и лечение детей;
- лечение льготных категорий пациентов в государственных лечебно-профилактических лечебных учреждениях.

Слайд 14

Основная цель проекта Здоровье и Проекта ЗдравПлюс (ЗдравРеформ)

Улучшение состояния здоровья сельского населения без значительного увеличения общих расходов Правительства на предоставление услуг здравоохранения

Слайд 15

Эта цель будет достигнута за счет:

- Укрепления ПМСП в сельской местности
- Реформирования системы управления и финансирования сельских медицинских учреждений
- Обучение работников здравоохранения в области общей практики

Слайд 16

Юридическая основа реформирования системы финансирования и управления ПМСП в рамках проекта «Здоровье-1»

- Постановление КМ №100
- Приказ Минздрава №169
- Целый ряд нормативно правовых документов на уровне хокимиятов и облздравов пилотных областей

Слайд 17

В этих документах предусмотрено:

- Перевод финансирования учреждений ПМСП (СВП, СВА+ФАП комплексов) на уровень областного управления здравоохранения
- Предоставление учреждениям ПМСП хозяйственной самостоятельности со статусом юридического лица
- Внедрение подушевого принципа финансирования учреждений ПМСП в пилотных регионах

Слайд 18

Внедрение новой системы финансирования включает:

- определение бюджетов всех пилотных учреждений ПМСП на основе подушевого норматива

- выделение обдздравом в полном объеме ежемесячного размера подушевого финансирования каждому учреждению

- предоставление финансовыми менеджерами отчетности в соответствующие органы в установленном порядке

Слайд 19

Внедрение новых систем управления включало следующее:

- Введение должности финансового менеджера в пилотных учреждениях ПМСП

- Внедрение бизнес-планирования

- Перераспределение функций управления между облздравом, ЦРБ, учреждением ПМСП

- Обучения финансовых менеджеров и заведующих учреждениями ПМСП Менеджменту в здравоохранении

- Подготовка и передача учреждениям ПМСП Практического Руководства по Менеджменту

.

II. Система финансирования и управления

Введение

Деятельность любого медицинского учреждения зависит от того, какими финансовыми ресурсами оно располагает. Поэтому вопрос - сколько средств будет выделено учреждению ПМСП, является чрезвычайно важным для заведующего и финансового менеджера. Величина этих ресурсов может быть больше или меньше в зависимости от целого ряда факторов или условий. Конечно, прежде всего, это зависит от доли общественного продукта, которая направляется на развитие системы здравоохранения в целом. Но выделенные средства могут быть распределены различными способами между отдельными видами медицинской деятельности, между организациями и учреждениями, а также между отдельными работниками. И использование каждого из этих способов при определенных условиях может оказать заметное влияние на величину финансовых потоков.

Цель данного раздела - помочь в понимании: (а) необходимости изменения существующей в республике системы финансирования здравоохранения; (б) сущности различных механизмов финансирования, оплаты и вознаграждения, используемые в мировой практике, с целью выбора наиболее рационального варианта.

Материал, изложенный в этом разделе поможет понять, какие недостатки старой системы финансирования здравоохранения в Узбекистане обусловили необходимость ее реформирования, почему из многих способов оплаты деятельности медицинских учреждений, используемых в мировой практике, для реформ первичного звена в сельской местности республики избран подушевой метод финансирования, какие трудности встречаются в процессе внедрения этого нового механизма в пилотных регионах, какова актуальность справедливого вознаграждения персонала за труд.

2.1 Модели финансирования здравоохранения

2.1.1 Характеристика систем финансирования здравоохранения на национальном уровне

Медицинские услуги могут стоить дорого и каждый отдельный человек не знает заранее сколько денег ему нужно сэкономить, чтобы оплатить всю медицинскую помощь, которая ему понадобится в течение жизни (об этом уже говорилось в первой теме, где рассматривались особенности медицинских услуг). Но группа людей или общество в целом могут объединиться и собрать определенную сумму средств. И если какой-либо человек заболеет, то за счет этих средств покрываются все затраты связанные с получением медицинских услуг.

Люди могут объединиться в группы на уровне отдельного крупного предприятия или отрасли экономики (например, угледобывающей промышленности), они могут объединиться в группы и по профессии (например, учителя). Если же объединяется население всей страны, то в таком случае создается национальная система здравоохранения.

Финансирование системы здравоохранения может осуществляться из нескольких источников.

1. Общие налоги с юридических и физических лиц, за счет которых формируются доходы государственного бюджета. Различают а) прямые налоги, которые выплачиваются непосредственно индивидуумами или предприятиями, организациями, государством (личный подоходный налог, налог на имущество, налоги на прибыль); б)косвенные налоги, которые выплачиваются через посредника (налог на продажу, налог на добавленную стоимость,

акцизы). Общие налоги, поступив в доходную часть государственного бюджета, распределяются затем по направлениям затрат в соответствии с функциями государства - на выполнение государственных социальных программ, включая программы на развитие здравоохранения, на оборону, на содержание аппарата управления и т.д.

Программы по развитию здравоохранения могут охватывать все население или только определенную группу людей (например, только пожилых, бедных), и предоставлять различный набор медицинских услуг.

Масштабы социальных программ, финансируемых из государственного бюджета, зависят от величины валового внутреннего продукта страны; от того, какая часть этого продукта предоставляется государству для выполнения его общественных функций; от экономической и социальной политики государства; от особенностей и уровня развития финансовой системы страны.

Общие налоги являются наиболее надежным и самым крупным источником поступления денег в государственный бюджет. Но кроме них, для пополнения своих доходов государство может делать внутренние и внешние займы.

2. Взносы на социальное страхование представляют собой выплаты за предполагаемые расходы на медицинские услуги. Эти целевые налоги выплачиваются работодателями в виде социальных отчислений с фонда заработной платы и/или работниками в виде социального взноса с индивидуальной заработной платы. Они аккумулируются в фондах социального медицинского страхования, которые отделены от государственного бюджета и поэтому их называют внебюджетными фондами.

Взносы на социальное страхование также как и общие налоги являются:

- обязательными,
- они в основном учитывают размеры дохода.

Что такое социальные отчисления с фонда заработной платы?

Государство обвязывает работодателей ежемесячно вычитать определенный процент из фонда заработной платы своих работников для оплаты расходов на здравоохранение путем их отчисления в фонд социального медицинского страхования.

Государство также обязывает каждого работника ежемесячно отчислять государству определенный процент своей заработной платы (отчисления производит работодатель) для зачисления в фонд социального медицинского страхования.

Отчисления работодателя и работника имеют целевое назначение: они предназначены только для оплаты услуг здравоохранения и не могут быть использованы на другие цели.

Применим в основном для работников и работодателей официального сектора экономики.

Может также использоваться для организованного неофициального сектора (например, сельскохозяйственных кооперативов, фермеров).

Проблемы: требование, чтобы работодатели платили налог на фонд заработной платы, предназначенной для оплаты медицинских услуг удорожает “стоимость” работников. Чем выше целевые налоги на фонд заработной платы, тем более увеличивается себестоимость продукции и снижается ее конкурентоспособность, и тем более будет расти нежелание работодателей брать дополнительных работников. Это может повысить безработицу.

Взносы на частное медицинское страхование также как и на социальное медицинское страхование, являются целевыми взносами или выплатами страховщику за предполагаемые расходы на медицинские услуги. Но в отличие от социального страхования, частное является добровольным. Каждый человек платит взнос независимо от того, получит он или она когда-нибудь медицинскую помощь.

Взносы могут быть дифференцированы индивидуально в зависимости от риска или быть едиными для всех. Например, если страховые взносы учитывают риск, 70-летний мужчины,

который регулярно курит, может заплатить 4 тыс. сум в год, а 25-летний мужчина, который никогда не курит - 1 тыс. сум, независимо от того будет ли использовать каждый из них услуги здравоохранения в данном году. Если взносы едины, то оба человека могут заплатить взнос по 2,5 тыс. сум.

5. Прямые выплаты или непосредственные расходы потребителям на покупку медицинских услуг. Эти прямые выплаты являются выплатами из кармана пациента, производимые в момент потребления или получения медицинской услуги. Например, пациенту нужно оплатить полную стоимость лекарств, предписанных врачом (прямая покупка), заплатить только 10 процентов полной стоимости (совместное страхование) или сто сумов на лекарство (соплатеж).

Прямые личные платежи могут частично снять проблему финансирования здравоохранения, они также представляют собой естественный способ оплаты товаров и услуг. Однако медицинские услуги могут оказаться столь дорогими, что подобный способ оплаты будет неприемлем, и потребуется обязательное деление рисков. По этой причине существует система частного, конкурентного, добровольного страхования; она способна финансировать значительную долю здравоохранения. Однако такая страховка недоступна для бедных, дискриминирует наиболее нуждающихся, и ее применение может быть связано с высокими административными издержками. Из-за этого в финансировании медицинских услуг сохранится определенная роль государства.

Государственное финансирование здравоохранения. Бенгт Йонссон, Филип Масгроув. Доклад на семинаре по реформам здравоохранения. Москва, 1998г., с. 29.

В мире практически нет страны, где бы использовался только один из перечисленных источников финансирования здравоохранения. Везде существуют смешанные системы, где преобладает тот или иной источник сбора дохода. В одних странах (Германия, Нидерланды, Франция, Япония, Канада) больше развита система обязательного медицинского страхования, в других (Великобритания, Швеция, Италия, Испания, Греция) - система бюджетного финансирования или система частного медицинского страхования, как например, в США. В странах СНГ, в том числе и в Узбекистане, преобладает система бюджетного финансирования, но в некоторых из них (Россия, Грузия, Кыргызстан, Эстония, Латвия, Литва) параллельно с бюджетным финансированием внедряют и медицинское страхование. Казахстан начал внедрение медицинского страхования в 1995 году, но с 1999 года отменил эту систему.

Узбекистан в соответствии с принятой в ноябре 1998 года Государственной программой реформирования здравоохранения также предполагает в будущем поэтапный переход на медицинское страхование.

В 1997 году структура финансирования здравоохранения в республике выглядела следующим образом:

- Бюджетное финансирование - 87,4 %
- Платные медицинские услуги - 5,4 %
- Спонсорские средства - 0,1 %
- Средства министерств, ведомств, концернов, имеющих ведомственные учреждения здравоохранения - 7,1 %

Специалисты считают, что источник финансирования должен соответствовать направлениям деятельности здравоохранения и выполняемым этой отраслью функциям, при

этом государство должно нести ответственность за предоставление практически всех услуг общественного здравоохранения и определенных видов клинического обслуживания.

Таблица 5

Основные направления деятельности системы здравоохранения и источники их финансирования

Направления деятельности	Выполняемые функции	Источник финансирования
1. Общественное здравоохранение	1. Предоставление конкретных медицинских услуг, направленных на снижение риска заболеваний. 2. Пропаганда здорового образа жизни. 3. Содействие поддержанию здорового образа жизни и здоровой окружающей Среды (диета и питание, водоснабжение и канализация)	1. Госбюджет
2. Клиническое обслуживание	1. Предоставление широкого круга медицинских услуг, направленных на излечение болезней	1. Госбюджет 2. Социальное страхование 3. Оплата населением услуг 4. Частное страхование

Перечень медицинских услуг гарантируемый государством (или базовый пакет услуг) в каждой стране устанавливается исходя из сложившихся в ней экономических, политических, социальных, экологических и других условий и финансируется либо из госбюджета, либо за счет социального страхования. Эти два источника называют общественными фондами.

Чем богаче страна, тем больше средств она может выделить на охрану здоровья своего населения - в промышленно развитых странах на здравоохранение тратится в среднем около 2 тыс. долл. США в год, тогда как в Узбекистане весь валовой внутренний продукт, приходящийся на одного жителя в год почти в два раза меньше.

2.1.2 Оплата деятельности медицинского учреждения ПМСП и персонала

После того как средства для финансирования системы здравоохранения собраны через некоторый финансовый механизм, специалисты сталкиваются с проблемой распределения этих средств по организациям и учреждениям, а также между медицинскими работниками.

Различные уровни распределения ресурсов здравоохранения

1. Определение объема государственных ресурсов, направляемых в систему здравоохранения в целом (через общие налоги и/или социальные отчисления и/или частные страховые взносы и/или прямые выплаты.

2. Распределение этих ресурсов между регионами (областями, городами, районами)

3. Распределение ресурсов между видами деятельности внутри сектора здравоохранения (первичная медико-санитарная помощь, специализированная амбулаторная и стационарная помощь, научно исследовательские разработки и т.д.)

4. Передача ресурсов медицинским организациям и учреждениям (передача фондов или фондирование)

3. Распределение ресурсов внутри учреждения (оплата труда или вознаграждение персонала, приобретение лекарств, оборудования и т.д.)

Способы распределения ресурсов на всех уровнях могут быть различными и иметь многообразные сочетания.

Наиболее важным для руководителей первичного звена здравоохранения является знание механизмов передачи ресурсов медицинским учреждениям и вознаграждения работников за труд. Оба эти действия имеют общую черту - они охватывают проблему обеспечения средствами учреждения здравоохранения и персонала в обмен на деятельность.

Поэтому они во многом подчиняются одним и тем же принципом оплаты труда. В одних случаях передача фондов и вознаграждение объединяются в одно действие. Например, когда оплачивается деятельность независимо практикующего врача

Оплата за услугу - это возмещение затрат учреждения или работника каждый раз, когда они предоставляют какую-либо конкретную медицинскую услугу (например, визит к врачу, диагностическое обследование, хирургическая процедура).

Принцип оплаты за услугу может быть использован как для предоставления ресурсов учреждению, так и для вознаграждения персонала. Оплата производится только после того, как медицинская услуга была оказана и конечный размер средств, получаемый учреждением в виде фонда или же работником в виде вознаграждения напрямую зависит от количества предоставленных услуг, т.е. в этом случае “деньги следуют за услугой”.

Принцип оплаты за услугу поощряет сокращение затрат, но вместе с тем, стимулирует предоставление как можно большего количества медицинских услуг, независимо от того, являются ли эти услуги необходимыми или эффективными.

Оплата на основе диагноза или оплата по диагностическим группам (клинико-диагностическим или клинико-статистическим группам)- это такой механизм, когда медицинские учреждение получает фиксированную, предварительно установленную сумму оплаты за лечение пациента с определенным заболеванием (например, инфаркт миокарда, пневмония, открытый перелом кости).

Этот механизм используется в основном для передачи фондов медицинским учреждениям, но может быть применен и для вознаграждения персонала. Оплата за каждую диагностическую группу устанавливается заранее. Она обычно равна средним затратам на лечение пациентов с таким диагнозом и не изменяется в зависимости от конкретных услуг, которые были фактически предоставлены пациенту.

Поэтому медицинское учреждение несет определенный риск, связанный с затратами на лечение - если фактические затраты при лечение пациента с определенным диагнозом будет выше, чем установленная ставка оплаты, то учреждение должно покрыть дополнительные расходы.

Но если фактические расходы ниже этой ставки, основанной на диагнозе, то учреждение оставляет деньги себе. Поэтому оно заинтересовано в уменьшении затрат на лечение по каждому диагнозу, но при этом:

- пациентам может быть предоставлено недостаточное лечение;
- учреждение заинтересовано в регистрации тех диагнозов, по которым установлены максимально высокие ставки оплаты.

Подушевая оплата является таким способом оплаты, посредством которого учреждение за каждый период времени (месяц, год) получает фиксированную, заранее установленную денежную сумму на каждого прикрепленного пациента, которого оно должно обеспечить соответствующим медицинским обслуживанием.

Подушевая оплата может быть использована как для финансирования учреждений, так и для вознаграждения персонала. Сумма денег, выделяемая на каждого человека, устанавливается заранее и не изменяется в зависимости от фактических услуг, представленных человеку в течение этого периода времени.

Ставка подушевой оплаты определяется на основе оценки ожидаемых затрат на оказание медицинской помощи. Отдельные люди серьезно болеют и пользуются лечением, которое стоит во много раз больше, чем установленная подушевая ставка; другие совсем не болеют и им не требуется медицинская помощь. Подушевая оплата создает стимулы оказывать только ту помощь, которая является обоснованной, но в то же время стимулирует выбор для закрепления относительно здоровых пациентов.

Глобальный бюджет - это такой механизм финансирования, когда медицинское учреждение получает общий бюджет за определенный период времени.

Глобальный бюджет может быть использован только для передачи фондов и может быть определен на основе различных принципов, например, сложившихся за ряд лет затрат, объемов предоставленных услуг, численность обслуживаемого населения и т.д. Глобальный бюджет, например, может быть определен как сумма подушевых выплат на всех людей, прикрепленных к данному учреждению, т.е. на основе подушевого финансирования.

Заранее установленные глобальные бюджеты эффективны, потому что они сдерживают затраты - после определения и согласования в них сложно вносить какие-либо изменения из-за трудности получения дополнительных средств. В то же время глобальный бюджет предоставляет учреждению существенную свободу действий при использовании фондов, так как не предусматривают постатейной разбивки затрат при обосновании требуемой суммы.

Постатейный бюджет является разновидностью глобального бюджета. Под постатейным бюджетом понимается бюджет, при котором медицинскому учреждению выдается фиксированные суммы по конкретным статьям расхода (заработная плата, коммунальные расходы, медикаменты и перевязочный материал, текущий ремонт и т.д.). Уровень финансирования определяется по показателям предыдущего года с некоторой поправкой на инфляцию.

При использовании механизма постатейного бюджета крайне мала или полностью отсутствует возможность перераспределения ресурсов между затратами. В настоящее время в учреждениях здравоохранения бюджеты во многом зависят от количества персонала, что порождает финансовый стимул к максимальному раздуванию штатного расписания.

Оклад является способом вознаграждения медицинского работника при котором он получает заранее установленную денежную сумму за выполнение определенных обязанностей по предоставлению медицинского обслуживания в определенное время и в определенном месте.

Он не может быть использован для финансирования медицинского учреждения. Специалисты считают, что так как оплата основана на минимальном выполнении обязанностей (чтобы сохранить должность), то оплата в форме оклада не стимулирует сотрудников работать более интенсивно.

Повременная оплата является таким механизмом оплаты, посредством которого медицинский персонал получает заранее определенную сумму за каждый час работы в учреждении. Она используется только для трудового вознаграждения. Хотя повременная оплата обычно устанавливается заранее, общая сумма полученных денег зависит от отработанных часов.

Положительные и негативные свойства повременной оплаты аналогичны принципу оклада, за исключением того, что оплата все больше зависит от времени, проведенного на рабочем месте.

Когда осуществляется выбор того или иного механизма (метода, способа) оплаты, то оценивается насколько этот механизм будет стимулировать медицинское учреждение и персонал лучше работать и нести ответственность за недостатки в своей работе.

Различные механизмы оплаты

Механизм оплаты	Используется: для передачи фондов, вознаграждения или того и другого	Основные стимулы
Оплата за услугу	То и другое	Число услуг растет Ресурсы, использованные на выполнение одной услуги снижаются *Вывод:* излишнее лечение, слишком много услуг
Оплата на основе диагноза	То и другое	Число случаев лечения растет Количество услуг на один случай лечения падает *Вывод: "*снятие сливок" путем лечения менее сложных случаев, фальсификация диагноза, недостаточное лечение
Подушевая оплата	То и другое	Число зарегистрированных пациентов растет Количество услуг на одного зарегистрированного пациента падает Профилактические мероприятия расширяются *Вывод*: "снятие сливок" путем прикрепления более здоровых пациентов, недостаточное лечение
Оклад	Только для вознаграждения	Деятельность, используемая в качестве основы при установлении уровня оклада растет *Вывод:* уклонение от добросовестной работы
Повременная оплата	Только для вознаграждения	Количество отработанных часов растет Деятельность, используемая в качестве основы при установлении размера повременной оплаты растет. *Вывод:* уклонение от добросовестной работы
Глобальный бюджет	Только для передачи фондов	Любые единицы, используемые для установления и обоснования бюджета растут. *Вывод*: уклонение от любых величин, не используемых для обоснования бюджета.

Одним из наиболее важных моментов процесса распределения ресурсов является разделение обязанностей между покупателем (на национальном и региональном уровнях) и поставщиком медицинских услуг, направленное на лучшее использование ограниченных ресурсов здравоохранения. Разделение покупатель-поставщик может быть осуществлено посредством принятия нескольких различных политических решений, например, созданием системы медицинского страхования в качестве независимого покупателя медицинских услуг или увеличением автономии и самостоятельности поставщиков медицинской помощи при сокращении контроля внутренней деятельности поставщиков со стороны Министерства здравоохранения. ….

Почему разделение покупатель-поставщик так важно? Существует ряд причин, некоторые из которых можно сформулировать следующим образом:

Разделение способствует развитию конкуренции между поставщиками медицинских услуг, поскольку обеспечивает стимулами тех поставщиков, которые достигают лучших результатов.

Разделение позволяет поставщикам контролировать результаты своей деятельности и могут повышать свой объем финансирования посредством предоставления качественных услуг.

Разделение позволяет покупателю контролировать поставщиков, чтобы они были ответственными за достижение желаемых результатов.

Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. Сентябрь 1999г. Подготовлено Программой ЗдравРеформ для ЮСАИД/ЦАР

2.1.3 Существующая в Узбекистане система финансирования

Одним из недостатков существующей системы здравоохранения является *отсутствие взаимодействия между финансовой, лечебной и организационной деятельностью медицинских учреждений*. Все лечебные учреждения получают средства не за достигнутые результаты по оздоровлению населения, а за понесенные издержки. По такому принципу финансируется каждый тип лечебного учреждения - больницы, поликлиники, амбулатории и другие. Поэтому они не связаны между собой финансовыми стимулами. А это ориентирует систему здравоохранения не на улучшение здоровья населения, а на то чтобы потреблять как можно больше ресурсов.

Распределение финансовых ресурсов в секторе здравоохранения стран Центральной Азии осуществлялось по традиционной советской схеме, а именно по статьям бюджета, где распределение ресурсов основывалось на мощностных показателях, таких, как количество больничных коек, а не на объеме и качестве предоставленных услуг. Выделенные бюджеты гарантировались государством, что исключало конкурентную борьбу поставщиков медицинских услуг за привлечение большего количества пациентов и обеспечение более низкозатратных медицинских услуг лучшего качества.

Концептуальные основы модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. Сентябрь 1999г. Подготовлено Программой ЗдравРеформ для ЮСАИД/ЦАР

Эти ресурсы учреждение расходует в соответствии с нормативами, устанавливаемыми вышестоящие органами - Минздравом, облздравом, горздравом, центральной районной больницей (ЦРБ). Эти же органы осуществляют жесткий контроль за соблюдением штатного расписания, удельных норм финансирования, перемещением средств между статьями затрат. Но в то же время, они не реагируют на существенные недостатки, имеющиеся в деятельности медицинских учреждений, такие как, например, необоснованные случаи госпитализации, чрезмерно длительный срок пребывания на койке, неиспользуемое дорогостоящее оборудование, жалобы пациентов.

Финансирование учреждений здравоохранения республики осуществляется следующим образом:

1- Все учреждения республиканского уровня - клиники, диагностические центры, научно-исследовательские институты, вузы и другие покрывают свои текущие (заработная плата, коммунальные и командировочные расходы, приобретение медикаментов, перевязочных материалов, текущий ремонт и другие) и капитальные расходы за счет средств республиканского бюджета, передаваемого в распоряжение Минздрава республики.

2- Медицинские учреждения областного, городского и районного уровня (областные, городские больницы и поликлиники, диспансеры, санаторно-курортные учреждения, центральные районные больницы, районные больницы и др.) финансируются как из республиканского бюджета (отдельные капитальные расходы), так и из местных бюджетов (капитальные и все текущие расходы).

3- Все сельские медицинские учреждения, не имеющие статуса самостоятельного юридического лица - ФАПы, СВА и СУБы прямо подчинены центральной районной больнице и получают средства как часть ассигнований на ЦРБ.

При такой системе финансирования, когда поток средств распределяется сверху вниз, в наиболее трудном финансовом положении оказываются учреждения ПМСП, особенно в сельской местности. ЦРБ, получая на свой счет деньги на развитие медицинских учреждений района, в первую очередь выделяет их для центральной больницы и поликлиники, затем уже на содержание СВА, ФАПов и СУБов. В результате такого подхода здания и медицинское оборудование этих учреждений находится в крайне запущенном состоянии, требуются

большие средства, чтобы поднять их материальное и техническое оснащение до уровня, необходимого для оказания качественной медицинской помощи населению.

Особенностью финансирования здравоохранения в республике является то, что принцип бюджетного финансирования соблюдается на всех этапах движения средств: Минздрав составляет бюджет здравоохранения по учреждениям, которые находятся в его подчинении. Облздрав составляет бюджеты для медицинских учреждений областного уровня подчинения, центральные районные больницы - для своих подразделений. Таким образом, обеспечивается строгий контроль за распределением и использованием бюджетных средств по спецификам бюджетной классификации. Финансирование или выделение средств юридически самостоятельным медицинским учреждениям осуществляется строго по статьям расходов. Каждое учреждение в соответствии с установленными нормативами (количество посещений, число коек, штатное расписание, нормы потребления медикаментов и мягкого инвентаря и т.д.) определяют необходимый размер средств. В результате переговоров между учреждением с одной стороны и местными органами управления здравоохранения и финансов с другой, устанавливается окончательная сумма.

Облздрав определяет бюджеты учреждений области и представляет их облфину на рассмотрение. После утверждения этих расходов с разбивкой по статьям на основании распоряжения, подписанного облздравом и облфином, средства распределяются по учреждениям.

Постатейное бюджетное финансирование, применяемое в настоящее время

Достоинства	Недостатки
• Объем финансирования предсказуем • Финансирующим органам легко контролировать использование средств • Не требует сбора дополнительной статистической и финансовой информации и обязательного использования компьютерной техники	• Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов • Нет заинтересованности в эффективном использовании финансовых ресурсов. • У руководителей учреждений отсутствует всякого рода самостоятельность в принятии административных и финансовых решений.

Ни районная администрация, ни учреждения здравоохранения не имеют права односторонне перераспределять средства как между учреждениями, так и среди утвержденных статей их бюджетов. Перераспределения между городами и районами разрешаются в течении бюджетного года только по согласованию с хокимами и по их распоряжению.

Реальные средства обеспечиваются облфином в виде переводов в начале в районные (городские) отделы финансов и затем на банковские счета каждого финансируемого учреждения здравоохранения. Средства поступают из общих доходов бюджета. Поэтому, когда собранные доходы бюджета бывают меньше запланированных, то уменьшаются также и средства, фактически получаемые медицинскими учреждениями. Эти средства покрывают в основном затраты на заработную плату, начисления на заработную плату и выплаты льгот и пособий персоналу, которые составляют значительную часть расходов учреждения. Эти статьи бюджета являются “защищенными” и деньги в первую очередь выдаются по ним. Оставшаяся незначительная сумма распределяется строго по другим статьям. В случае если учреждение, например, сэкономило 20 тыс.сум за счет коммунальных расходов, то самостоятельно перебросить эти деньги на приобретение медикаментов оно не может. Для этого нужно разрешение вышестоящих органов здравоохранения и финансов. Жесткое постатейное

финансирование, основанное на утвержденных нормативах не дает возможности руководителю учреждения принимать эффективные решения. Они не могут самостоятельно комплектовать персонал, т.к. штатное расписание им установлено сверху. Следовательно, они не могут изменить и расходы на заработную плату и выплату пособий. Они должны строго выполнять смету расходов по всем утвержденным статьям, даже если ситуация изменится и интересы дела потребуют сократить одни и увеличить другие затраты.

Положение изменилось к лучшему с выходом Постановления Кабинета Министров Республики Узбекистан № 414 от 3 сентября 1999 года "О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций". Это Постановление и Приказ Министра здравоохранения № 555 от 21 сентября 1999 года предусматривали введение с 1 января 2000 года нового Порядка финансирования расходов учреждений здравоохранения.

Во-первых, расширяется самостоятельность руководителей учреждения в использовании бюджетных средств и упрощается механизм финансирования: средства будут выделяться не по 15 группам расходов, а по 4 - заработная плата и приравненные к ней платежи, начисления на заработную плату, капитальные вложения, другие расходы.

Во-вторых, расширяются источники финансирования юридически самостоятельных учреждений за счет:

(а) доходов от производства и реализации работ и услуг,

(б) предоставления в аренду другим организациям временно неиспользуемых помещений и имущества,

(в) спонсорской помощи.

В третьих, учреждениям предоставляется право формирования Фонда развития учреждения, образующегося за счет сэкономленных средств, доходов от производства и реализации работ и услуг, 50% средств, полученных от предоставления в аренду помещений и имущества, спонсорской помощи.

Как уже отмечалось, эти меры касаются только юридически самостоятельных учреждений. Поэтому Минздрав и Минфин республики до введения нового порядка финансирования определили перечень медицинских учреждений, которым будет предоставлен статус юридического лица с открытием текущих счетов в коммерческих банках.[2]

Таким образом, в республике сделаны определенные шаги в сторону улучшения бюджетного финансирования учреждений. Однако при этом не решаются многие вопросы, связанные с укомплектованием штатов и механизмом стимулирования труда работников, переброски средств из одной статьи в другую. Для того чтобы их решить следует отойти от принципа постатейного финансирования и использовать другие механизмы оплаты, которые предоставляют больше самостоятельности и маневренности руководителям медицинских учреждений. С этой целью Проект «Здоровье» и Проект «ЗдравПлюс» провели пилотирование - в начале в трех областях (Ферганской, Навоийской и Сырдарьинской), а с 2004 года – еще в двух регионах республики – Хорезмской области и Республике Каракалпакстан.

По результатам этого пилотирования Правительство Узбекистана приняло решение начиная с 2005 года в рамках проекта «Здоровье-2» распространить принцип подушевого финансирования на все сельские учреждения ПМСП республики, а также начать пилотирование новых методов финансирования и управления в городской ПМСП и в секторе стационарной помощи отдельных регионов.

---

[2] Совместный приказ Министерства финансов № 236, Министерства народного образования № 210, Министерства здравоохранения № 737 от 17 декабря 1999г. «О бюджетных организациях, которым предоставляется статус юридического лица». Зарегистрировано в Министерстве Юстиции № 861 от 28 декабря 1999г.

2.2 Подушевая система финансирования первичного звена здравоохранения

2.2.1 Общая характеристика подушевой оплаты учреждений ПМСП

Мировой опыт использования различных методов финансирования медицинских учреждений свидетельствует, что *для учреждений ПМСП наиболее приемлемым механизмом оплаты является подушевая оплата или финансирование по подушевому принципу на одного прикрепленного жителя.* Эта схема оплаты услуг первичного звена стимулирует всю систему финансирования медицинской помощи.

Его сущность заключается в том, что на уровне отдельных регионов рассчитывается норматив затрат на получение определенного набора медицинских услуг одним жителем в год или планируемая стоимость услуг, которую в среднем получит каждый житель участка обслуживания в данном году. Бюджет учреждения ПМСП определяется путем умножения этого норматива на численность прикрепленного населения.

В самом простом виде подушевой норматив рассчитывается как средняя величина, одинаковая для всех регионов и каждого отдельного учреждения ПМСП (например, как в начале пилота в трех районах Ферганской области - 367 сумов на 1999 год).

Но каждый регион имеет свои особенности. Есть районы, где экологическая и медикоэпидемиологическая ситуация намного хуже, чем в других местах, очень высок удельный вес пожилых и детей, население проживает в небольших населенных пунктах, далеко расположенных друг от друга, а транспортная сеть плохо развита.

Подушевая система финансирования

Достоинства	*Недостатки*
• Медицинские работники заинтересованы в улучшении здоровья прикрепленного населения • Расходы заранее ограничены • Звено ПМСП заинтересовано в рациональном расходовании средств на всех этапах оказания медицинской помощи	• Возникают попытки необоснованного сокращения объема услуг • Требуется сбор дополнительной статистической информации и наличие компьютерной сети • Без отлаженного механизма стимулирования у медицинских работников могут отсутствовать стимулы в напряженном труде

Это означает, что обслуживание одного жителя таких регионов обойдется намного дороже, чем жителей тех районов, где эти условия лучше. Поэтому, *на более сложном уровне, подушевой норматив учитывает половозрастную структуру населения, географические и другие условия.*

Пути совершенствования системы подушевого финансирования

Подушевой норматив должен быть более равномерным:

-Единый подушевой норматив.

Подушевой норматив должен отражать отклонения в затратах, связанные с характеристикой населения:

- возраст, пол
- плотность населения

Существует три варианта использования подушевого принципа финансирования ПМСП:

Первый вариант - "без права фондодержания", когда в подушевой норматив включаются только те затраты, которые связаны с оказанием набора медицинских услуг, утвержденных для учреждений ПМСП. Пациент, прикрепленный к этому учреждению получает здесь только первичную помощь, и в случае необходимости он направляется в специализированные амбулаторные и стационарные учреждения. При этом никаких взаиморасчетов между ПМСП и другими внешними учреждениями не происходит. В отличие от первого, второй и третий варианты применения подушевого финансирования включают в себя принцип фондодержания.

Второй вариант - частичное фондодержание. Частично фондодержащие учреждения получают свой бюджет и часть бюджета специализированных учреждений. При этом им предоставляется выбор: или оплачивать каждый случай направления в специализированную амбулаторию или вместо направления туда, лечить у себя и платить своим собственным врачам.

Третий вариант - полное фондодержание, при котором на каждого прикрепленного человека ПМСП получает подушевую оплату, покрывающую все услуги первичного, вторичного и третичного уровня, т.е. все виды специализированной амбулаторной, больничной и клинической помощи. Практическое применение полного фондодержания связано со значительными трудностями, т.к. требует четкой взаимоувязанной цепочки расчетов ПМСП со всеми другими звеньями медицинской помощи.

Для пилотных районов республики предполагалось использование первой модели финансирования и управления, которая предусматривает:

1. Расчет подушевого норматива, единого для всех трех пилотных районов и учреждений. Он включает в себя текущие затраты - выплата заработной платы всему персоналу, начисления на заработную плату, административные и хозяйственные расходы, расходы на приобретение медикаментов, перевязочных материалов и медицинских инструментов. Расходы на приобретение дорогостоящего оборудования, капремонт и капстроительство, отпуска медикаментов льготному контингенту населения не включаются в подушевой норматив.
2. Каждое учреждение ПМСП получает общий бюджет, т.е. общую сумму средств без разбивки по статьям. Этот бюджет рассчитывается умножением подушевого норматива на численность населения, прикрепленного к учреждению ПМСП.
3. Каждое учреждение ПМСП сможет выбирать свой вариант укомплектования персонала.

Возможность выбора своего варианта укомплектования персонала была реализована частично, были приняты «Временные штатные нормативы Сельского врачебного пункта, функционирующего в качестве самостоятельного юридического лица в экспериментальном районе Ферганской, Сырдарьинской и Навоийской областей в рамках проекта МБРР «Здоровье»», утвержденные Министерством здравоохранения РУз. № 06-3/220 от 22.11 2002 года и согласованные в Министерстве финансов РУз. №12-03/772 от 19.11.2002 года. В рамках общего трудового законодательства, руководителям учреждений разрешалось производить в установленном порядке замену должностей, не предусмотренных в штатном расписании, в пределах фонда заработной платы учреждения с оформлением приказа и ведомости замены должностей. (В дополнениях и изменениях к штатному нормативу № 06-9/125 от 05.03.1998г.).

Предполагалось, что после проработки первого варианта и оценки результатов пилота, будет принято решение относительно последующих его этапов, в том числе решение относительно возможности и целесообразности перехода ко второму варианту, предусматривающему частичное фондодержание. В соответствии со вторым вариантом, учреждение ПМСП должно составлять два бюджета на основе двух различных подушевых норм: первый бюджет - общий на основе подушевой нормы и численности прикрепленного

населения; второй бюджет - для покрытия стоимости специализированных амбулаторных услуг, оказываемых районными поликлиниками. Управление вторым бюджетом или так называемой дополнительной системой "измененного фондодержания" должно было осуществляться централизованно облздравом.

Поскольку внедрение второго варианта использования подушевого финансирования, основанного на принципе частичного фондодержания, было связано с реализацией определенных предпосылок, в том числе наличия хорошо налаженной информационной системы с базой данных по всем затратам в разрезе медицинских услуг, разработанного тарификатора этих услуг, четко определенного пакета услуг, гарантированного государством, функционирующей единой системы направлений и т.д., то было принято решение начать его пилотирование после осуществления подготовительной работы по формированию нужных условий.

Для введения принципа подушевого финансирования необходим ряд условий, без которых эффективность его использования резко снижается:

- наличие юридически самостоятельных учреждений ПМСП
- свободный выбор пациентом учреждений ПМСП
- определение отдельного пакета медицинских услуг, предоставляемых на уровне ПМСП
- наличие единой системы направлений пациентов в специализированную амбулаторную и стационарную помощь
- наличие системы контроля качества оказания медицинской помощи
- жесткая система штрафных санкций при необоснованных отказах в предоставлении медицинской помощи или в направлении в учреждения медицинской помощи

2.2.2 Методика расчета бюджета учреждений на основе подушевого финансирования

Общие положения

В соответствии с принятым законодательством принципом финансирования сельских учреждений ПМСП (далее учреждения ПМСП) из государственного бюджета является финансирование на одного прикрепленного жителя (или система подушевого финансирования).

Основные условия внедрения системы подушевого финансирования учреждений ПМСП:

1. Все учреждения, предоставляющие ПМСП (включая СВП, СВА, СВП-ФАП и СВА-ФАП комплексы), имеют статус юридически самостоятельных лиц, с открытием собственных банковских счетов (основной по текущему финансированию и дополнительный по формированию средств Фонда развития организаций).
2. Средства районных бюджетов в части затрат на финансирование учреждений ПМСП аккумулируются на уровне области.
3. Объем финансирования учреждений ПМСП рассчитывается по единой методике на основании подушевого норматива, количества прикрепленного населения и поправочных коэффициентов.
4. Областное управление здравоохранения устанавливает и утверждает бюджеты учреждений ПМСП и осуществляет финансирование на их собственные банковские счета, ежемесячно, в полном объеме бюджета на текущий месяц.

Порядок определения объема подушевого финансирования учреждений ПМСП

Подушевой норматив (далее ПН) – это установленная норма затрат в расчете на 1 жителя для обеспечения первичной медико-санитарной помощи. Порядок расчета ПН определен Временным Положением о финансировании учреждений ПМСП в расчете на 1 жителя,

утвержденного Постановлением Кабинета Минитсров РУз № 100 – 1999г. и определяется по формуле (1):

$$НПФ = \frac{БЗО}{Нас} \times \%\ ДЗ$$

где:

НПФ - норматив подушевого финансирования

БЗО - бюджет здравоохранения области

Нас - численность населения области

% ДЗ - средняя доля затрат учреждений ПМСП на уровне отчетного года от бюджета районов.

Средняя доля затрат учреждений ПМСП – это отношение суммы фактически сложившихся текущих затрат по всем учреждениям ПМСП района к общему объему бюджета здравоохранения района. Система подушевого финансирования покрывает текущие затраты учреждений на предоставление первичной медико-санитарной помощи. Текущие затраты включают в себя расходы на заработную плату и приравненные к ней платежи (основная, дополнительная, детские пособия и льготы), отчисления в социальные фонды, приобретение медикаментов и перевязочных средств, коммунальные расходы, расходы на текущий ремонт и приобретение мягкого инвентаря.

Капитальные затраты (расходы на капитальный ремонт и капитальное строительство, приобретение дорогостоящего оборудования) и расходы на оплату медикаментов льготным категориям населения не входят в текущие затраты учреждений ПМСП и, следовательно, не включаются в расчет ПН, а финансируются за рамками системы подушевого финансирования ПМСП.

Пример расчета единого подушевого норматива финансирования ПМСП дан в Приложении 1.

Общий объем средств на ПМСП районов рассчитывается на основе общего количества населения районов и установленного норматива подушевого финансирования ПМСП (2):

$$ÎÔ_{ÐÊÑÐ} = ÍÐÔ \times ×Í$$ где:

ОФ $_{пмсп}$ – общий объем финансирования ПМСП районов

ЧН – общее количество населения районов

НПФ – установленный подушевой норматив финансирования ПМСП

Сумма средств подушевого финансирования без учета поправочных коэффициентов для учреждения номер ***k*** определяется по формуле (3):

$$ÑÐÔ_{k} = ÍÐÔ \times ×Í_{k}$$ где:

СПФ $_{k}$ – сумма подушевого финансирования ПМСП для учреждения номер ***k***;

НПФ – установленный подушевой норматив финансирования ПМСП

ЧН k – количество населения, учреждения номер **k**

Общая сумма подушевого финансирования ПМСП районов складывается из бюджетов отдельных учреждений ПМСП и должна быть равна общему объему финансирования ПМСП районов (4):

$$ÑÔ_{ÐÊÑÐ} = \sum_{k=1}^{x} ÑÐÔ_{k}$$ где:

СФ $_{ПМСП}$ – сумма подушевого финансирования первичной медико-санитарной помощи районов(5)

$$ОФ_{ПМСП} = СФ_{ПМСП}$$

Условный пример расчета бюджета подушевого финансирования учреждений ПМСП

Подушевой норматив = 667 сум в год на 1 прикрепленного жителя

Учреждения ПМСП	Количество прикрепленного населения
Всего по районам	**39585**
район 1	
СВП 1.1	**7066**
СВП 1.2	**3353**
итого по району	**10419**
район 2	
СВП 2.1	**3818**
СВА-ФАП 2.1	**18192**
СВА-ФАП 2.2	**7156**
итого по району	**29166**

1. **Определение общего объема финансирования ПМСП районов**:

ОФ пмсп = 667 * 39585 / 1000 = 26403.2 тыс.сум

2. **Определение бюджетов учреждений ПМСП:**

СПФ свп1.1 = 667 * 7066 / 1000 = 4713.0 тыс.сум

СПФ свп1.2 = 667 * 3353 / 1000 = 2236.5 тыс.сум

СПФ свп2.1 = 667 * 3818 / 1000 = 2546.6 тыс.сум

СПФ сва-фап2.1 = 667 * 18192 / 1000 = 12134.1 тыс.сум

СПФ сва-фап2.2 = 667 * 7156 / 1000 = 4773.1 тыс.сум

3. **Сумма бюджетов учреждений ПМСП равна общему объему финансирования ПМСП районов:**

26403.2 тыс.сум = 4713,0 + 2236,5 + 2546,5 + 12134,1 + 4773,1

2.2.3 Расчет объема финансирования ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов

Методика определения коэффициентов для отдельных половозрастных групп населения

Половозрастные поправочные коэффициенты вводятся в систему подушевого финансирования с целью справедливого перераспределения средств между учреждениями ПМСП и компенсации затрат, связанных с потреблением различными демографическими группами прикрепленного населения гарантированных государством услуг.

Половозрастные поправочные коэффициенты используются для определения бюджетов отдельных учреждений ПМСП. Внедрение половозрастных поправочных коэффициентов не влечет за собой привлечения дополнительных бюджетных средств - общая сумма бюджетов отдельных учреждений ПМСП, определенных с их использованием, равна общему объему подушевого финансирования ПМСП.

Половозрастные поправочные коэффициенты для различных групп населения – это относительно постоянная шкала коэффициентов, учитывающих различия в уровне

потребления первичной медико-санитарной помощи различными половозрастными категориями населения.

В Ферганской области, в рамках подготовки к проекту «Здоровье» в 1998г. было проведено специальное исследование для расчета коэффициентов, отражающих различия в потреблении первичной медико-санитарной помощи сельскому населению (половозрастные коэффициенты). Исследование проводилось в 24 учреждениях ПМСП, включая СВП и СВА-ФАП комплексы, с общим количеством обслуживаемого населения 153,5 тыс.человек. Все 24 учреждения, участвовавшие в исследовании, отличались друг от друга по своему половозрастному составу, плотности населения, отдаленности от районного центра, радиусу обслуживания и др. Все учреждения заполняли специальные детальные анкеты по каждому обращению. В результате было исследовано 16797 обращений.

Относительное использование ресурсов определенными половозрастными группами населения и половозрастные поправочные коэффициенты были разработаны посредством расчета средней стоимости пакета основных услуг первичной помощи. Был проведен анализ видов и количества использованных услуг населением для определения относительных затрат на предоставление ПМСП определенным категориям населения.

Анализ состоял из трех этапов: (1) расчет стоимости каждой из услуг, предоставляемых на уровне ПМСП на основе метода ступенчатого отнесения затрат; (2) анализ использования услуг на душу населения определенными его категориями; и (3) комбинирование данных по затратам и использованию услуг для определения относительной стоимости предоставления медицинских услуг определенным категориям населения, расчет половозрастных коэффициентов.

По результатам экспертного анализа был определен окончательный набор половозрастных коэффициентов для введения в систему подушевого финансирования ПМСП пилотных районов.

Половозрастные группы	Кол-во насел. в выборке, по половозр. группам	Кол-во визитов в ЛПУ, по половозр. группам	Общая стоимость визитов в ЛПУ, по половозр. группам (тыс. сум)	Годовой объем подушевого потребления в разрезе половозр. групп в сумах (гр4/гр2*1000)	Месячный объем подушевого потребления в разрезе половозр. групп в сумах (гр5/12).	Предлагаемый половозр.коэффициент потребления*
1	2	3	4	5	6	7
Дети 0-12 мес.	3764	1308	1705	453,0	37,8	**2,6**
Дети от 13 мес. до 14 лет	55361	5851	7838	141,6	11,8	**0,8**
Мужчины 15-49 лет	36768	1581	2851	77,5	6,5	**0,5**
Женщины 15-49 лет	37893	7168	12279	324,0	27,0	**1,9**
Взрослое население от 50 лет и старше	19749	889	1788	90,5	7,5	**0,5**
ВСЕГО	153535	16797	26461	172,3	14,4	-

* Половозрастные коэффициенты для отдельных групп населения определяется путем деления годового или месячного подушевого потребления половозрастных групп населения на общее среднее годовое (172,3) или месячное (14,4) подушевое потребление ресурсов соответственно.

Методика расчета бюджетов учреждений ПМСП районов с применением половозрастных коэффициентов

Для расчета подушевого финансирования ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов необходимы следующие данные:

1) Информация о половозрастной структуре прикрепленного к учреждениям ПМСП населения, получаемая:

- при наличии электронной базы данных прикрепленного населения - на основе выборки из нее не чаще, чем 1 раз в год. Если в регионе вводится свободное прикрепление населения, то по итогам компании свободного прикрепления,
- при отсутствии базы данных - на основании списков прикрепленного населения в разрезе половозрастной структуры, представляемых учреждениями ПМСП и утверждаемыми 1 раз в год органами управления здравоохранения.

2) Информация об уровне потребления ПМСП различными половозрастными группами населения, на основании которой рассчитываются половозрастные коэффициенты. Половозрастные коэффициенты рассматриваются и утверждаются Министерством здравоохранения и Министерством финансов Республики Узбекистан.

3) Установленный размер единого норматива подушевого финансирования и общий объем средств на ПМСП, рассчитываемый на основе количества населения районов и подушевого норматива финансирования ПМСП, предусмотренного на данной территории (определяется по формулам (1) и (2)).

Сумма средств на оказание ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов для учреждения номер ***k*** определяется по формуле (6):

$$СПФ_{k} = НПФ \times ЧН_{k} \times \frac{ППК_{k}}{ППК}$$

где:

СПФ $_{k}$ – сумма подушевого финансирования ПМСП для учреждения номер ***k***

НПФ – установленный норматив подушевого финансирования ПМСП

ЧН k – количество населения, прикрепленного к учреждению номер ***k***

ППК $_{k}$ – приведенный половозрастной коэффициент для учреждения номер ***k***, обобщенный по всем половозрастным группам населения, прикрепленного к данному учреждению

ППК – приведенный половозрастной коэффициент, обобщенный по всем половозрастным группам населения районов, где вводится подушевое финансирование учреждений ПМСП

Приведенный половозрастной коэффициент ПМСП для учреждения номер ***k*** – это обобщенный для данного учреждения коэффициент потребления ПМСП, который определяется по формуле (7):

$$ППК_{k} = \frac{\sum_{j=1}^{x} ЧН_{jk} \times ПК_{j}}{ЧН_{k}}$$

где:

ППК $_{k}$ – приведенный половозрастной коэффициент для учреждения номер ***k***, обобщенный по всем половозрастным группам населения, прикрепленного к данному учреждению

ЧН jk – количество населения учреждения номер **k**, попадающего в половозрастную группу ***j***

ПК $_{j}$ – половозрастной коэффициент для половозрастной группы ***j***

ЧН k – количество населения учреждения номер **k**

Приведенный половозрастной коэффициент ПМСП районов – это обобщенный для всех районов коэффициент ПМСП, который определяется по формуле (8):

$$ППК = \frac{\sum_{j=1}^{x} ЧН_{j} \times ПК_{j}}{ЧН}$$

где:

ППК – приведенный половозрастной коэффициент, обобщенный по всем половозрастным группам населения районов, где вводится подушевое финансирование учреждений ПМСП

ЧН j – количество населения районов, попадающего в половозрастную группу ***j***.

ПК $_{j}$ – половозрастной коэффициент для половозрастной группы ***j***

ЧН – общее количество населения районов

Общая сумма подушевого финансирования по региону при применении половозрастных коэффициентов не меняется, и в течение года остается равной произведению норматива подушевого финансирования и общего количество населения районов. Отклонения будут отмечаться только между объемами финансирования учреждений ПМСП.

Общая сумма подушевого финансирования ПМСП районов складывается из бюджетов отдельных учреждений ПМСП и должна быть равна общему объему финансирования ПМСП районов (определяется по формулам (4) и (5)).

Для упрощения вышеуказанных расчетов можно использовать следующую схему:

	Количество прикрепленного населения	В том числе по поло-возрастному составу				
		дети 0-12 мес	дети 13 мес.-14 лет	мужчины 15-49	женщины 15-49	взрослые 50 лет и старше
Половозрастные коэффициенты		2.6	0.8	0.5	1.9	0.5
Всего по районам области	А	А1	А2	А3	А4	А5
По учреждению ПМСП	Б	Б1	Б2	Б3	Б4	Б5

$ППК_{к}$ = (Б1*2,6 + Б2*0,8 + Б3*0,5 + Б4*1,9 + Б5*0,5) / Б
ППК = (А1*2,6 + А2*0,8 + А3*0,5 + А4*1,9 + А5*0,5) / А

Условный пример расчета бюджетов подушевого финансирования учреждений ПМСП с применением половозрастных поправочных коэффициентов:

Подушевой норматив = 667 сум в год на 1 прикрепленного жителя

	количество прикрепленного населения	в том числе по поло-возрастному составу				
		дети 0-12 мес	дети 13м-14лет	мужчины 15-49	женщины 15-49	взрослые 50 и старше
Половозрастные коэффициенты		**2.6**	**0.8**	**0.5**	**1.9**	**0.5**
Всего по районам	**39585**	**264**	**14970**	**10001**	**9851**	**4499**
район 1						
СВП 1.1	7066	41	2614	1809	1756	846
СВП 1.2	3353	22	1346	837	809	339
итого по району	10419	63	3960	2646	2565	1185
район 2						
СВП 2.1	3818	22	1461	955	930	450
СВА-ФАП 2.1	18192	131	6778	4549	4611	2123
СВА-ФАП 2.2	7156	48	2771	1851	1745	741
итого по району	29166	201	11010	7355	7286	3314

1. Определение общего объема финансирования ПМСП районов:

ОФ пмсп = 667 * 39585 / 1000 = 26403.2 тыс.сум

2. Определение приведенного половозрастного коэффициента для учреждений ПМСП:

ППК свп1.1 = (41 * 2.6 + 2614 * 0.8 + 1809 * 0.5 + 1756 * 1.9 + 846 * 0.5) / 7066 =0.971

ППК свп1.2 = (22 * 2.6 + 1346 * 0.8 + 837 * 0.5 + 809 * 1.9 + 339 * 0.5) / 3353 = 0.972

ППК свп2.1 = (22 * 2.6 + 1461 * 0.8 + 955 * 0.5 + 930 * 1.9 + 450 * 0.5) / 3818 =0.968

ППК свп-фап2.1 = (131 * 2.6 + 6778 * 0.8 + 4549 * 0.5 + 4611 * 1.9 + 2123 * 0.5) / 18192 = 0.982

ППК свп-фап2.2 = (48 * 2.6 + 2771 * 0.8 + 1851 * 0.5 + 1745 * 1.9 + 741 * 0.5) / 7156 = 0.972

3. Определение приведенного половозрастного коэффициента ПМСП районов:

ППК = (264 * 2.6 + 14970 * 0.8 + 10001 * 0.5 + 9851 * 1.9 + 4499 * 0.5) / 39585 = 0.976

4. Определение бюджетов учреждений ПМСП:

СПФ свп1.1 = (667 * 7066 * (0.971 / 0.976)) / 1000 = 4688.9 тыс.сум

СПФ свп1.2 = (667 * 3353 * (0.972 / 0.976)) / 1000 = 2227.3 тыс.сум

СПФ свп2.1 = (667 * 3818 * (0.968 / 0.976)) / 1000 = 2525.7 тыс.сум

СПФ сва-фап2.1 = (667 * 18192 * (0.982 / 0.976)) / 1000 = 12208.7 тыс.сум

СПФ сва-фап2.2 =(667 * 7156 * (0.972 / 0.976)) / 1000 = 4753.5 тыс.сум

5. Сумма бюджетов учреждений ПМСП , рассчитанных с применением половозрастных коэффициентов:

4688.9 + 2227.3 + 2525.7 + 12208.7 + 4753.5 = 26404.1 тыс.сум *

***Примечание:** Эта сумма должна быть равной общему объему финансирования ПМСП районов в размере 26403.2 тыс.сум. Расхождение в значении объясняется тем, что при расчете приведенных половозрастных коэффициентов учитывались только тысячные доли чисел. Погрешности можно избежать при более точных расчетах. (например при расчете бюджетов учреждений ПМСП в электронных таблицах Excel)

2.2.4 Расчет объема финансирования ПМСП районов с учетом половозрастных и прочих поправочных коэффициентов

При определении годового объёма финансирования учреждений ПМСП из расчёта на одного прикреплённого жителя в случае недостаточности средств на 4 группу расходов для некоторых учреждений ПМСП, по согласованию с Министерством здравоохранения отдельные регионы могут использовать прочие поправочные коэффициенты, учитывающие их специфические условия. Одним из таких коэффициентов для более справедливого перераспределения ресурсов между учреждениями с большой и низкой численностью обслуживаемого населения в пользу последних является **коэффициент плотности**.

Сумма средств на оказание ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов и коэффициентов плотности для учреждения номер ***k*** определяется по формуле (9):

$$СПФ_k = НПФ \times ЧН_k \times \frac{ППК_k}{ППК} \times \frac{КП_к}{ПКП}$$

где:

СПФ $_k$ – сумма подушевого финансирования ПМСП для учреждения номер ***k***

НПФ – установленный норматив подушевого финансирования ПМСП

ЧН k – количество населения, учреждения номер **k**

ППК $_k$ – приведенный половозрастной коэффициент для учреждения номер ***k***, обобщенный по всем половозрастным группам населения, прикрепленного к данному учреждению

ППК – приведенный половозрастной коэффициент, обобщенный по всем половозрастным группам населения районов, где вводится подушевое финансирование учреждений ПМСП

КП k – коэффициент плотности для учреждения номер ***k***

ПКП - приведенный коэффициент плотности, обобщенный по всем учреждениям районов.

Приведенный коэффициент плотности – это обобщенный по всем учреждениям районов коэффициент, который определяется по формуле (10):

$$ПКП = \frac{\sum_{k=1}^{x} ЧН_k \times КП_k}{ЧН}$$

где:

ПКП – приведенный коэф-т плотности, обобщенный по всем учреждениям районов

ЧН k – количество населения учреждения номер **k**

КП k – коэффициент плотности для учреждения номер ***k***

ЧН – общее количество населения районов

Общая сумма подушевого финансирования по региону при применении половозрастных коэффициентов и коэффициентов плотности не меняется, и в течение года остается равной произведению норматива подушевого финансирования и общего количество населения районов. Отклонения будут отмечаться только между объемами финансирования учреждений ПМСП.

Общая сумма подушевого финансирования ПМСП районов складывается из бюджетов отдельных учреждений ПМСП и должна быть равна общему объему финансирования ПМСП районов (определяется по формулам (4) и (5)).

Для упрощения вышеуказанных расчетов использовать следующую схему:

		Группировка учреждений		
		Группа А	Группа Б	Группа С
Коэффициенты плотности для учреждения ПМСП		КП1	КП2	КП3
Количество прикрепленного населения	А	А1	А2	А3

ПКП = (А1*КП1 + А2*КП2 + А3*КП3) / А

Условный пример расчета бюджетов подушевого финансирования учреждений ПМСП с применением половозрас коэффициентов и коэффициентов плотности:

Подушевой норматив = 667 сум в год на 1 прикрепленного жителя
Для учреждений ПМСП допустим были приняты следующие коэффициенты плотности

Группировка учреждений	Коэффициенты плотности
До 5000 чел. прикрепленного населения	1,5
От 5000 до 10 000 чел. прикрепленного населения	1,2
Свыше 10 000 чел. прикрепленного населения	1,0

	количество прикрепленного населения	в том числе по поло-возрастному составу					Коэффициент плотности
		дети 0-12 мес	дети 13м-14лет	мужчины 15-49	женщины 15-49	взрослые 50 и старше	
Половозрастные коэффициенты		**2.6**	**0.8**	**0.5**	**1.9**	**0.5**	
Всего по районам	**39585**	**264**	**14970**	**10001**	**9851**	**4499**	
район 1							
СВП 1.1	7066	41	2614	1809	1756	846	**1,2**
СВП 1.2	3353	22	1346	837	809	339	**1,5**
итого по району	10419	63	3960	2646	2565	1185	
район 2							
СВП 2.1	3818	22	1461	955	930	450	**1,5**
СВА-ФАП 2.1	18192	131	6778	4549	4611	2123	**1,0**
СВА-ФАП 2.2	7156	48	2771	1851	1745	741	**1,2**
итого по району	29166	201	11010	7355	7286	3314	

1. Определение общего объема финансирования ПМСП районов:

ОФ пмсп = 667 * 39585 / 1000 = 26403.2 тыс.сум

2. Определение приведенного половозрастного коэффициента для учреждений ПМСП:

ППК свп1.1 = (41 * 2.6 + 2614 * 0.8 + 1809 * 0.5 + 1756 * 1.9 + 846 * 0.5) / 7066 =0.971
ППК свп1.2 = (22 * 2.6 + 1346 * 0.8 + 837 * 0.5 + 809 * 1.9 + 339 * 0.5) / 3353 = 0.972
ППК свп2.1 = (22 * 2.6 + 1461 * 0.8 + 955 * 0.5 + 930 * 1.9 + 450 * 0.5) / 3818 =0.968
ППК свп-фап2.1 = (131 * 2.6 + 6778 * 0.8 + 4549 * 0.5 + 4611 * 1.9 + 2123 * 0.5) / 18192 = 0.982
ППК свп-фап2.2 = (48 * 2.6 + 2771 * 0.8 + 1851 * 0.5 + 1745 * 1.9 + 741 * 0.5) / 7156 = 0.972

Определение приведенного половозрастного коэффициента ПМСП районов:
ППК = (264 * 2.6 + 14970 * 0.8 + 10001 * 0.5 + 9851 * 1.9 + 4499 * 0.5) / 39585 = 0.976

Определение приведенного коэффициента плотности ПМСП районов:
ПКП = (1,2 * 7066 + 1,5 * 3353 + 1,5 * 3818 + 1,0 * 18192 + 1,2 * 7156) / 39585 = 1,162

Определение бюджетов учреждений ПМСП:

СПФ свп1.1 = (667 * 7066 * (0.971 / 0.976) * (1,2 / 1,162)) / 1000 = 4844.2 тыс.сум
СПФ свп1.2 = (667 *3353 * (0.972 / 0.976) * (1,5 / 1,162)) / 1000 = 2875.7 тыс.сум
СПФ свп2.1 = (667 * 3818 * (0.968 / 0.976) * (1,5 / 1,162)) / 1000 = 3261.4 тыс.сум
СПФ сва-фап2.1 = (667 * 18192 * (0.982 / 0.976) * (1,0 / 1.162)) / 1000 = 10510,1 тыс.сум
СПФ сва-фап2.2 = (667 * 7156 * (0.972 / 0.976) * (1,2 / 1,162)) / 1000 = 4910,8 тыс.сум

6. Сумма бюджетов учреждений ПМСП, рассчитанных с применением половозрастных коэффициентов и коэффициентов плотности:
4844.2 + 2875.7 + 3261.4 + 10510.1 + 4910,8 = 26402.2 тыс.сум *

*** Примечание:** Эта сумма должна быть равной общему объему финансирования ПМСП районов в размере 26403.2 тыс.сум. Расхождение в значении объясняется тем, что при расчете приведенных половозрастных коэффициентов и коэффициентов плотности учитывались только тысячные доли чисел. Погрешности можно избежать при более точных расчетах. (например при расчете бюджетов учреждений ПМСП в электронных таблицах Excel)

Приложение 1

Пример определения единого подушевого норматива финансирования ПМСП (Фергана, 1999г.)

Бюджет здравоохранения Ферганской области на 1999 год (БЗО = 5132487 тыс.сум.) определялся облздравом и облфином, численность населения на 1.01.1999г. (Нас.= 2627,3 тыс.чел.) - областным Департаментом статистики в установленном порядке.

Наиболее трудоемким процессом явился расчет средней доли затрат учреждений ПМСП в общих расходах района на здравоохранение, (или в бюджете ЦРБ) в отчетном 1998 году (% ДЗ). Во всех 16 районах Ферганской области, в каждом из ЦРБ, была сделана выборка данных о фактических расходах СВП, СВА, ФАПов, амбулаторий при СУБах в 1998 году. Эти данные включали в себя расходы только на текущую деятельность: заработная плата, отчисления в социальные фонды, коммунальные расходы, расходы на текущий ремонт, на приобретение медикаментов и перевязочных материалов, мягкого инвентаря, детские пособия и льготы. Капитальные расходы - расходы на капитальный ремонт, на приобретение дорогостоящего оборудования и инвентаря, на капитальное строительство, а также расходы на оплату льготных медикаментов не учитывались.

Для того, чтобы полнее учесть все затраты первичного звена здравоохранения в сельской местности, информация собиралась по всем источникам финансирования, включая районный бюджет, областной бюджет, средства предприятий, спонсорскую и гуманитарную помощь. Но для окончательного расчета брались в основном данные о затратах из районного бюджета. Исключение составили лишь коммунальные расходы, которые в отдельных СВА и ФАПах покрывались за счет средств предприятий.

Расчет показателя % ДЗ в Ферганской области за 1998 год.

	Виды текущих расходов	Примечание	Затраты (тыс.сум.)
1	Заработная плата (основная, дополнительная, пособия)	за счет средств районного бюджета	196024,3
2	Начисления на заработную плату	за счет средств районного бюджета	72151
3	Коммунальные расходы	за счет всех источников поступления	54343,8
4	Расходы на медикаменты и расходные материалы (не вкл. приобретений для льготного контингента населения)	за счет всех источников поступления	30058,4
5	Расходы на текущий ремонт	за счет средств районного бюджета	1167
6	Расходы на приобретение оборудования (не вкл. приобретение дорогостоящего оборудования)	за счет средств районного бюджета	11621,1
7	Расходы на приобретение мягкого инвентаря	за счет средств районного бюджета	2852,5
8	Прочие текущие расходы (канцелярские, аренда, автотранспорт и т.д.)	за счет средств районного бюджета	2107,7
9	Другие расходы (твердый инвентарь)	за счет средств районного бюджета	1133,1
10	Всего фактических расходов учреждений ПМСП всех районов		371458,9
11	Общий фактический бюджет здравоохранения всех районов области		1978923,1
12	%ДЗ		18,8%.

Пояснение к таблице: Показатели текущих расходов учреждений, оказывающих ПМСП, по всем 16 районам Ферганской области (ТР) за 1998 год суммировались - они составили 371458,9 тыс.сумов. Путем деления этой суммы на общий фактический бюджет здравоохранения всех 16 районов области (БЗР) за этот год (1978923,1 тыс.сум.) определилась средняя доля фактических затрат ПМСП в районных бюджетах здравоохранения (%ДЗ) - она составила 18,8%.

%ДЗ = ТР : БЗР или

371458,9тыс.сум. : 1978923,1тыс.сум. х 100% = 18,8%.

Подставляя полученные данные в формулу (1) определили базовый подушевой норматив на оказание сельской первичной помощи на 1999 год:

НПФ = 5132487тыс.сум, : 2627,3тыс.чел. х 18,8% = 367 сум.

2.3 Оплата труда персонала учреждения ПМСП

Если не налажена система вознаграждения за труд, стимулирующая качественную и интенсивную работу медицинского персонала, то трудно ожидать значительной пользы от новой системы финансирования учреждения ПМСП, какой бы справедливой и эффективной она не была.

В настоящее время в первичном звене здравоохранения республики используются главным образом следующие механизмы (методы) вознаграждения или формы оплаты труда:

1. Оклад или оплата по тарифным ставкам
2. Комбинированные методы - тарифная ставка+доплаты и премии
3. Гонорарные методы оплаты

В основе первых двух форм лежит *штатно-окладная система оплаты труда*, когда каждому работнику устанавливается более или менее определенный круг повседневных функций и обязанностей, за выполнение которых устанавливается месячный должностной оклад. Размер этого *должностного оклада (*Единая тарифная сетка*) и штатное расписание* (возможный штат для выполнения всех функций, возложенных на данное учреждение) утверждается руководителем учреждения по согласованию с вышестоящей организацией (для экспериментальных учреждений ПМСП - начальником областного управления здравоохранения). Должностной оклад выплачивается в зависимости от дней фактической явки на работу.

Комбинированный метод предполагает использование дополнительного вознаграждения в виде премий и различных доплат, которые могут выплачиваться в основном из двух источников: общего фонда заработной платы и Фонда развития учреждения.

Гонорарная оплата предполагает установление определенной оплаты за конкретные работы, проведенные врачом. При этом оплата может проводиться как за детальные услуги (визит или элементы визита - осмотр, выписка рецепта, консультация, операция), так и за законченный случай лечения. В основном используется для оплаты труда высококвалифицированного специалиста.

В учреждениях ПМСП используется окладная система или оплата по тарифным ставкам. Она основана на:

- Единой Тарифной Сетке (ЕТС), в которой указаны разряды оплаты труда (от нулевого до двадцать второго) и тарифные коэффициенты, которые в отдельных случаях меняются по решению правительства в связи с повышением заработной платы например, в соответствии с Приложением 1 к Приказу Минздрава Руз. от 9.07.2004г. №320 установлены тарифные коэффициенты от 1,0 до 9,019
- Разрядах оплаты труда работников здравоохранения по ЕТС, где указывается наименование должности и соответствующий ему разряд, утвержденный Министерством Здравоохранения Руз. от 27.07.2001г. № 06-1/250

Эта система предусматривает также:

- Доплаты к схемным должностным окладам за выполнение административных функций, за наличие квалификационных категорий и ученых степеней. Их размер определяется на основе Приложения №2 к приказу Министра здравоохранения Республики Узбекистан от 16.03.95г. №100, изданного в соответствии с Постановлением Кабинета Министров РУ за № 75 от 02.03.1995г.
- Повышение должностных окладов работников за вредные условия труда на основе Приложения № 1 к приказу Министерства Здравоохранения РУ от 16.03.95г № 100, изданного в соответствии с Постановлением Кабинета Министров РУ за № 75 от 02.03.1995г (Письмо Минздрава Республики Узбекистан от 13.11.95г. № 06-9-14-718)

- Выплаты гонораров и доплат к заработной плате и пенсиям лицам, имеющим ”Почетные звания”, осуществляемые на основе порядка, утвержденного Министром труда республики (Письмо № 950-12 от 5.07.1993г.).

Кроме этого, для работников СВП предусмотрены дополнительные меры материального стимулирования:

- должностной оклад заведующего СВП - врача общей практики может быть повышен за заведование в размере от 50% до 70% от минимальной заработной платы в зависимости от количества врачебных должностей в соответствии с Постановлением Кабинета Министров РУ за № 75 от 02.03.1995г;
- за непрерывность продолжительной работы в СВП врачи имеют право в получении надбавок к должностным окладам: за 3 года - 10% должностного оклада; за каждые последующие 2 года работы - 10% должностного оклада, но не более 40% должностного оклада.

Слабым местом существующего окладного метода является то, что при его использовании работник не увязывает размер оплаты труда с конечными результатами, а стремиться (а) занять должность в соответствии со своим уровнем квалификации, (б) сохранить занимаемую должность или получить повышение должностного оклада, (в) получить полностью должностной оклад в соответствии с количеством дней явок на работу.

В соответствии с Постановлением Кабинета Министров РУз. №205 от 03.08.1991г. при наличии средств работникам могут выплачиваться премии за счет экономии фонда заработной платы и специального фонда материального стимулирования, образуемого в размере 15% от фонда оплаты труда и включаемого в фонд заработной платы. Выплаты премий работникам производится по итогам работы за отчетный период, а также к юбилеям и праздникам. Размеры премий определяются в соответствии с их личным вкладом в общий результат работы и максимальный размер не ограничивается. В целях поощрения инициативного и добросовестного выполнения служебных обязанностей из специального фонда материального стимулирования высококвалифицированным работникам за высокие достижения в труде могут также выплачиваться персональные надбавки не более 50% должностного оклада (тарифной ставки).[3]

Постановление Кабинета Министров РУз. №414 от 03.09.1999г.“О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций” и приказ Минздрава № 555 от 21 сентября 1999 года предусматривают формирование с 1 января 2000 года Фонда развития учреждения, образующегося за счет сэкономленных средств, доходов от производства и реализации работ и услуг, 50% средств, полученных от предоставления в аренду помещений и имущества, спонсорской помощи. Из средств этого Фонда руководители учреждения могут поощрять своих сотрудников за больший объем и лучшее качество работы.

В настоящее время выплаты премий осуществляются во-первых, в незначительных размерах и не во всех учреждениях в виду ограниченности бюджетных средств; во-вторых, премии не играют стимулирующей роли из-за того, что не используется механизм оценки труда работников. Премирование работников учреждения ПМСП должно осуществляться в соответствии с Положением о премировании, которое должно разрабатываться и утверждаться в каждом учреждении администрацией и согласовываться с профсоюзной организацией. В нем следует предусмотреть основные показатели, за выполнение которых может осуществляться премирование, то есть соблюдать дифференцированный подход при выплате премий и доплат, поставив их в зависимость от количества и качества затраченного каждым работником труда.[4]

[3] «Положение о специальном фонде материального стимулирования работников бюджетных учреждений и организаций», утвержденное Минфином за №98 от 08.09.1995г.

[4] Письмо Минздрава РУз. №06-9/14-660 от 13.10. 1995г. «Об утверждении в организациях и учреждениях здравоохранения Положения о специальном фонде материального стимулирования».

Практические задания

Работа в малых группах: **“Расчет подушевого норматива финансирования и определение бюджета учреждения”**

Цель работы: Закрепить знания, полученные слушателями на предыдущих занятиях, посвященных методике расчета подушевого норматива финансирования и бюджета учреждения ПМСП, вызвать аудиторию к дискуссии по данному вопросу.

Организация работы: 1. Ведущий знакомит слушателей с целью, содержанием и организацией занятия (10 мин.).

2. Слушатели разбиваются на 3 отдельные группы (Область А, Область Б, Область В). Каждой из них дается задание по расчету подушевого норматива и бюджета учреждения ПМСП (5 мин.)

3. Каждая группа слушателей готовит свой вариант расчетов (35 мин.)

4. Представитель каждой группы делает сообщение для всей аудитории о результатах групповой работы, проводится их обсуждение (30 мин.)

5. Ведущий подводит итоги работы в группах и совместного обсуждения (10 мин.)

Итого длительность работы: 1 час 30 мин.

Задание: На основе представленной в таблице информации рассчитать -

а) фактические текущие расходы учреждений ПМСП всех районов (ТР)

б) долю фактических текущих расходов ПМСП в общем фактическом бюджете здравоохранения всех районов области (%ДЗ)

в) норматив подушевого финансирования в области (НПФ);

г) бюджет учреждения ПМСП

Исходная информация для работы в малых группах:

	Виды расходов	Область А: расходы тыс.сум.	Область Б: расходы тыс.сум.	Область В: расходы тыс.сум
1	Заработная плата (основная, дополнительная, пособия)	97879,4	153441,5	294110,0
2	Начисления на заработную плату	36031,5	58307,8	111768,0
3	Коммунальные расходы	23801,6	42509,4	82489,3
4	Расходы на медикаменты и перевязочные материалы	18201,5	23292,8	50221,8
5	Оплата медикаментов по льготным рецептам	298,7	304,5	508,4
	Расходы на текущий ремонт	557,2	873,5	2482,0
6	Расходы на капитальный ремонт	8671,8	10781,1	2997,8
7	Расходы на приобретение малоценного оборудования	5757,6	9026,0	17563,3
8	Расходы на приобретение дорогостоящего оборудов.	25964,9	48540,2	69845,5
9	Расходы на приобретение мягкого инвентаря	1486,0	2329,3	4198,4
10	Прочие текущие расходы (канцелярские, аренда и т.д.)	1114,4	1747,0	3844,8
11	Другие расходы (твердый инвентарь)	552,3	869,8	2044,5
12	Всего факт. текущих расходов учреждений ПМСП всех районов (ТР)			
13	Общий факт. бюджет здравоохранения всех районов области (БЗР)	844225,4	1548725,6	2843611,0
14	Доля факт. текущих расходов ПМСП в общем факт. бюджете здравоохранения всех районов области (%ДЗ)			
15	Бюджет здравоохранения области (БЗО)	6975000,0	9603535,0	14310000
16	Численность населения области	1550 т.чел.	2257 т.чел.	3180т.чел.
17	Норматив подушевого финансирования (НПФ)			
18	Население, прикрепленное к учреждению ПМСП	6 т.чел.	8 т.чел.	9 т.чел.
19	Бюджет учреждения ПМСП			

Тесты

1. Источники финансирования национальной системы здравоохранения:
а) государственный бюджет, фонды социального страхования, займы международных организаций, глобальный бюджет;
б) государственный бюджет, подушевая оплата, оплата по диагностическим группам;
в) общие налоги, взносы на социальное страхование, взносы на частное медицинское страхование, прямые выплаты населения;
г) правильного ответа нет.

2. Количество медицинских услуг, гарантируемых государством, зависит от:
а) соотношения между первичным и вторичным звеном здравоохранения;
б) экономических, политических, социальных, демографических, экологических условий в стране;
в) уровня развития первичной медико-санитарной помощи в стране и технической оснащенности учреждений;
г) существующего механизма оплаты деятельности медицинских учреждений

3. К механизмам оплаты деятельности медицинских учреждений относятся:
а) оплата за услугу, оплата на основе диагноза, подушевая оплата, глобальный бюджет, постатейный бюджет;
б) оплата за услугу, подушевая оплата, оклад, гонорарная оплата, постатейный бюджет;
в) подушевая оплата, постатейный бюджет, глобальный бюджет, оклад, повременная оплата;
г) постатейный бюджет, глобальный бюджет, сдельная оплата, повременная оплата.

4. К механизмам вознаграждения персонала медицинского учреждения относятся:
а) подушевая оплата, повременная оплата, оклад, постатейный бюджет;
б) оплата на основе диагноза, оклад, глобальный бюджет;
в) оплата за услугу, оплата на основе диагноза, оклад, постатейный бюджет;
г) оплата за услугу, оклад, повременная оплата.

5. При подушевой системе финансирования учреждение ПМСП заинтересовано:
а) увеличивать число прикрепленных жителей и уменьшать количество услуг на одного зарегистрированного пациента;
б) увеличивать число прикрепленных жителей и сокращать профилактические мероприятия;
в) уменьшать число прикрепленных жителей и расширять профилактические мероприятия;
г) увеличивать число прикрепленного населения и увеличивать количество услуг на одного зарегистрированного пациента.

6. Глобальный бюджет - это такой механизм финансирования, когда медицинское учреждение получает:
а) общий бюджет за определенный период времени;
б) постатейный бюджет за определенный период времени;
в) бюджет за количество проработанных дней в году;
г) бюджет на количество работающих сотрудников.

7. При постатейном финансировании учреждение ПМСП может:
а) распределять средства по статьям бюджета, но расходовать на бесстатейной основе;
б) расходовать средства только в строгом соответствии с указанными в бюджете (смете расходов) статьями затрат;
в) получать средства из облздрава по статьям бюджета, но в случае необходимости самостоятельно переводить средства из одной статьи в другую;
г) правильного ответа нет.

8. При частичном фондодержании медицинское учреждение получает:
а) свой бюджет и часть бюджета специализированных учреждений;
б) подушевую оплату, покрывающую все виды специализированной амбулаторной, больничной и клинической помощи;
в) только часть своего бюджета, рассчитанного на основе подушевого норматива;
г) ассигнования из Центральной районной больницы на основе утвержденных нормативов.

9. При полном фондодержании медицинское учреждение получает:
а) свой бюджет и часть бюджета специализированных учреждений;
б) только свой бюджет, рассчитанный на основе подушевого норматива;
в) ассигнования из Центральной районной больницы на основе утвержденных нормативов.
г) подушевую оплату, покрывающую все виды специализированной амбулаторной, больничной и клинической помощи.

10. В соответствии с утвержденным Кабинетом Министров республики Временным положением о финансировании учреждений ПМСП, норматив подушевого финансирования определяется по следующей формуле:
а) НПФ = БЗО : Нас. х %ДЗ
б) НПФ = БЗО х Нас. х %ДЗ
в) НПФ = БЗО : Нас. : %ДЗ
г) НПФ = БЗО х Нас. : %ДЗ где

НПФ - норматив подушевого финансирования;
БЗО - бюджет здравоохранения области;
Нас. - численность населения области;
%ДЗ - средняя доля затрат учреждений ПМСП на уровне отчетного года от бюджета районов.

11. Норматив подушевого финансирования не включает в себя:
а) оплату пособий матерям, имеющим детей в возрасте до 2-х лет;
б) текущий ремонт и приобретение инвентаря;
в) капитальные затраты и оплату льготных медикаментов;
г) все ответы верны.

12. Половозрастные поправочные коэффициенты вводятся в систему подушевого финансирования для:
а) оплаты пособий матерям, имеющим детей в возрасте до 2-х лет;
б) справедливого перераспределения средств между учреждениями ПМСП и компенсации затрат, связанных с потреблением различными демографическими группами прикрепленного населения гарантированных государством услуг;
в) справедливого распределения средств между учреждениями ПМСП с учетом половозрастной структуры прикрепленного населения за счет дополнительных бюджетных средств;
г) все ответы верны.

Ответы:

1 – в)	7 – б)
2 – б)	8 – а)
3 – а)	9 – г)
4 – г)	10 – а)
5 – а)	11 – в)
6 – а)	12 – б)

Список рекомендуемых нормативных документов и литературы

1. Закон Республике Узбекистан «О бюджетной системе» от 14.12.2000г.
2. Указ Президента Республики Узбекистан «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения Республики Узбекистан», от 10.11.1998г. №VII-2107
3. Указ Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» от 26.02.2003г.
4. Постановление Кабинета Министров РУз. “О совершенствовании порядка финансирования бюджетных организаций”, от 03.09.1999г. № 414
5. Постановление Кабинета Министров РУз. «О реализации проекта реформ первичного звена здравоохранения в Ферганской области», от 03.1999г. №100
6. Концептуальная основа модели реформы здравоохранения стран Центральной Азии: сборник материалов. ЗдравРеформ/ЮСАИД, Алматы, Казахстан, 1999г.
7. Практическое Руководство для руководителей учреждений ПМСП. Программа ЗдравРеформ/ЮСАИД, Проект «Здоровье», Ташкент, 2000г.
8. Реформирование первичного звена здравоохранения в сельской местности Ферганской области: система финансирования и управления. Программа ЮСАИД/ЗдравРеформ в Узбекистане. Ташкент, 2000г.
9. И. Шейман. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М. «Русь» «Издатцентр», 1998г.
10. Отчет о мировом развитии-1993. Инвестиции в здравоохранение. Всемирный Банк. Вашингтон.

Раздаточный материал для слушателей

Слайд 1

Модуль II Система финансирования и управления

Цель - содействие в понимании:

- необходимости изменения существующей в республике системы финансирования здравоохранения
- сущности различных механизмов финансирования, оплаты и вознаграждения, используемые в мировой практике, с целью выбора наиболее рационального варианта

Слайд 2

Из каких источников может осуществляться оплата медицинских услуг:

1. Общие налоги с юридических и физических лиц
2. Взносы на социальное страхование или целевые налоги
3. Взносы на частное медицинское страхование
4. Прямые выплаты или непосредственные расходы населения

Слайд 3

Общие налоги с юридических и физических лиц, за счет которых формируются доходы государственного бюджета:

- прямые налоги, которые выплачиваются непосредственно (личный подоходный налог, налог на имущество, налоги на прибыль)
- косвенные налоги, которые выплачиваются через посредника (налог на продажу, налог на добавленную стоимость, акцизы)

Слайд 4

Взносы на социальное страхование или целевые налоги

- Государство устанавливает работодателю/работнику ежемесячный процент отчислений из фонда заработной платы /из заработной платы работника
- Отчисления работодателя и работника имеют целевое назначение и аккумулируются в специальном фонде
- Применим в основном для работников и работодателей официального сектора экономики
- Может использоваться и для организованного неофициального сектора (например, сельхоз. кооперативов, фермеров)

Слайд 5

Проблемы

Налог на фонд заработной платы, предназначенной для оплаты медицинских услуг удорожает “стоимость” работников. Чем выше эти налоги, тем более увеличивается себестоимость продукции и снижается ее конкурентоспособность

Слайд 6

Прямые личные платежи

- Могут частично снять проблему финансирования здравоохранения
- Однако медицинские услуги могут оказаться столь дорогими, что подобный способ оплаты будет неприемлем, и потребуется обязательное деление рисков

Слайд 7

Система частного, конкурентного, добровольного страхования

- Способна финансировать значительную долю здравоохранения
- Недоступна для бедных, дискриминирует наиболее нуждающихся
- Ее применение может быть связано с высокими административными издержками

Слайд 8

Различные уровни распределения ресурсов здравоохранения

1. Определение объема государственных ресурсов, направляемых в систему здравоохранения в целом
2. Распределение этих ресурсов между регионами (областями, городами, районами)
3. Распределение ресурсов между видами деятельности внутри сектора здравоохранения
4. Передача ресурсов медицинским организациям и учреждениям
3. Распределение ресурсов внутри учреждения (плата труда, приобретение лекарств, оборудования и т.д.)

Слайд 9

Различные механизмы оплаты деятельности учреждения и вознаграждения персонала

- Оплата за услугу
- Оплата на основе диагноза
- Подушевая оплата
- Глобальный бюджет
- Постатейный бюджет
- Оклад
- Повременная оплата

Слайд 10

Постатейное бюджетное финансирование

Достоинства

-Объем финансирования предсказуем.
-Финансирующим органам легко контролировать использование средств

-Не требует сбора дополнительной статистической и финансовой информации и обязательного использования компьютерной техники

Слайд 11

Постатейное бюджетное финансирование

Недостатки

-Нет экономической заинтересованности медицинских работников в улучшении здоровья пациентов

-Нет заинтересованности в эффективном использовании финансовых ресурсов

-У руководителей учреждений отсутствует самостоятельность в принятии административных и финансовых решений

Слайд 12

Один из основных недостатков существующей системы здравоохранения

отсутствие взаимодействия между финансовой, лечебной и организационной деятельностью медицинских учреждений: все лечебные учреждения получают средства не за достигнутые результаты по оздоровлению населения, а за понесенные издержки

Слайд 13

Сущность подушевого финансирования

- На уровне страны или отдельных регионов рассчитывается норматив затрат на получение определенного набора медицинских услуг одним жителем в год
- Бюджет учреждения ПМСП определяется путем умножения этого норматива на численность прикрепленного населения

Слайд 14

Условия для введения принципа подушевого финансирования:

- наличие юридически самостоятельных учреждений
- свободный выбор пациентом учреждений ПМСП
- определение отдельного пакета медицинских услуг, предоставляемых на уровне ПМСП
- наличие единой системы направлений
- наличие системы контроля качества
- жесткая система штрафных санкций при необоснованных направлениях в другие учреждения медицинской помощи

Слайд 15

Пути совершенствования системы подушевого финансирования

- Подушевой норматив должен быть более равномерным:

-Единый подушевой норматив

- Подушевой норматив должен отражать отклонения в затратах, связанных с характеристикой населения:

- возраст, пол
- плотность населения

Слайд 16

Методика расчета подушевого норматива финансирования

НПФ = БЗО : Нас. х % ДЗ где

НПФ - норматив подушевого финансирования
БЗО - бюджет здравоохранения области
Нас. - численность населения области
% ДЗ - средняя доля затрат учреждений ПМСП на уровне отчетного года от бюджета районов

Слайд 17

Основные условия внедрения системы подушевого финансирования учреждений ПМСП в рамках проекта «Здоровье»:

1 Все сельские учреждения ПМСП имеют статус юридически самостоятельных лиц
2 Аккумулирование средств на уровне области
3 Единая методика расчета финансирования
4 Областное управление здравоохранения финансирует учреждения ежемесячно, в полном объеме бюджета на текущий месяц

Слайд 18

Методика расчета общего объема средств на ПМСП районов

$$ОФ_{ПМСП} = НПФ \times ЧН$$ где:

ОФ пмсп – общий объем финансирования ПМСП районов

ЧН – общее количество населения районов

НПФ – установленный подушевой норматив финансирования ПМСП

Слайд 19

Методика расчета средств подушевого финансирования для учреждения номер *k* без учета поправочных коэффициентов

$$СПФ_k = НПФ \times ЧН_k$$ где:

СПФ k – сумма подушевого финансирования ПМСП для учреждения номер ***k***;
НПФ –установленный подушевой норматив финансирования ПМСП
ЧН *k* – количество населения, учреждения номер **k**

Слайд 20

Половозрастные поправочные коэффициенты для различных групп населения

– это относительно постоянная шкала коэффициентов, учитывающих различия в уровне потребления первичной медико-санитарной помощи различными половозрастными категориями населения

Слайд 21

Сумма средств на оказание ПМСП с учетом половозрастных коэффициентов

$$СПФ_k = НПФ \times ЧН_k \times \frac{ППК_k}{ППК}$$

где:

СПФ $_k$ – сумма подушевого финансирования ПМСП для учреждения номер ***k***

НПФ – норматив подушевого финансирования

ЧН k – количество населения, прикрепленного к учреждению номер ***k***

ППК $_k$ – приведенный половозр. коэффициент для учреждения номер ***k***, обобщенный по всем половозрастным группам населения, прикрепленного к данному учреждению

ППК – приведенный половозр. коэффициент, обобщенный по всем половозрастным группам населения районов, где вводится подушевое финансирование учреждений ПМСП

Слайд 22

Недостатки существующего окладного метода

- При его использовании работник не увязывает размер оплаты труда с конечными результатами
- Стремиться:
  - занять должность в соответствии со своим уровнем квалификации
  - сохранить занимаемую должность или получить повышение должностного оклада
  - получить полностью должностной оклад в соответствии с количеством дней явок на работу.